81.

22500450883

B MEDICAL
Library
ASSOCIATION

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER

RECUEIL TRIMESTRIEL
ANALYTIQUE, CRITIQUE ET BIBLIOGRAPHIQUE

DIRIGÉ PAR

GEORGES HAYEM

Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Membre de l'Académie de Médecine.

COMITÉ DE RÉDACTION :

Dr P. BERGER
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux.

Dr A. CARTAZ
Secrétaire de la rédaction.

Dr H. RENDU
Agrégé de la Faculté de Médecine,
Médecin des hôpitaux.

Collaborateurs : MM. CH. ABADIE, ASSAKY, BALZER, BARBE, BARTH, J. BEX, BRINON (DE), BROCA, R. CALMETTES, CAMPENON, CAULET, CHAUFFARD, DANLOS, DASTRE, DEBOVE, DELBET, DESCOURTIS, DREYFUS-BRISAC, DUFLOCQ, MATHIAS DUVAL, FREDERICQ, GALLIARD, GALLOIS, GARNIER, GILBERT, GIRAUDEAU, GRANCHER, HACHE, HANOT, E. HARDY, HENNEGUY, HOLMAN, HOLSTEIN, R. JAMIN, E. JAVAL, JULLIEN, KUHF, LABADIE-LAGRAVE, LANDOUZY, DE LAPERSONNE, LEFLAIVE, LELOIR, H. LEROUX, LUBET-BARBON, LUC, LYON, MATHIEU, MAUBRAC, MERKLEN, MOSSÉ, NICOLAS, ŒTTINGER, OZENNE, PARISOT, CH. PÉRIER, L.-H. PETIT, PORAK, PRENANT, REMY, J. RENAUT, RETTERER, RICHARDIÈRE, RICHELOT, RICKLIN, ROHMER, SANTI (DE), SCHWARTZ, SÉNAC-LAGRANGE, SIREDEY, F. TERRIER, THIBIERGE, THOMAS, TISSIER, WALTHER, WINTER.

DIX-HUITIÈME ANNÉE

TOME XXXV

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN.

1890

WELLCOME INSTITUTE
LIBRARY

Coll.	WelMOmec
Coll. No.	

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

SOMMAIRE DU N° 1

TOME XXXV

ANATOMIE.

Neuroblastes, *His*, 1. — Mésoderme, *Rabl*, 3. — Tissus mésenchymateux, *Ziegler*, 4. — Embryon, *Chiarugi*, 5. — Amnios et proamnios, *Shore*, *Pickering*, 6. — Développement du cloaque, *Tourneux*, 7. — Axe du noyau, *Gehuchten;* développement des poissons, *Henneguy*, 9. — Zone de Zinn, *Hache;* corps vitré, *Hache*, 11. — Corps thyroïde, *Langendorff*, 12.— Cœur, *Born*, 13. — Arc maxillo-temporal, *Romiti*, 14. — Tubercule auriculaire, *Chiarugi*, *Schwalbe*, 15. — Nerf hypoglosse, *Chiarugi*, 16. — Foie, *Pilliet;* placenta, *Duval*, 17. — Aponévrose du grand oblique, *Nicaise*, 18. — Muqueuse du vagin, *Moreau*, 18; *Veith*, 19. — Innervation de l'estomac, *Openchowski*, 19. — Veines du membre inférieur, *Jaboulay*, *Condamin*, 20. — Ongle, *Curtis*, 21.— Méthode thermo-chimique, *Sappey*, 22.

PHYSIOLOGIE.

Température cérébrale, *Dorta*, 22. — Transmission de la sensibilité, *Marcacci;* innervation du cœur, *Taljanzeff*, 23. — Nerf récurrent, *Fraenkel*, *Gad*, 24. — Nerf laryngé, *Exner;* sécrétions salivaires, *Moussu*, *Betcherew*, *Mislawsky*, 25. — Fermeture de la valvule tricuspide, *Khrel;* bruit du cœur, *Krehl*, 26. — Spectre du sang, *Lambling*, 27. — Respiration, *Marckwald*, 27; *Heinricius*, 28. — Excitation du vague, *Laulanié;* influence de l'anesthésie sur la respiration, *Langlois*, *Richet;* combustions respiratoires, *Richet*, 30. — Apnée, *Bordoni;* chaleur animale, *Richet;* calorimétrie, *Rosenthal*, 31. — Muscles lisses, *Capparelli;* contraction musculaire, *Mueller*, 32. — Plexus cœliaque, *Lustig*, 33. — Forme du thorax et respiration, *Demery;* glycogénie, *Quinquaud;* électricité cutanée, *Tarchanoff*, 34. — Courants électriques, *Joffé;* digestion, *Ellenberger*, 35.— Cæcum, *Marcacci;* alcool et digestion, *Keller;* sécrétion urinaire, *Masius*, 36. — Centre vésical, *Betcherew*, *Mislawsky;* force du pied, *Féré*, 37. — Mouvements de la langue, *Féré;* accroissement des os, *Ollier*, 38.

CHIMIE MÉDICALE.

Matière colorante du sang, *Hoppe Seyler*, 38. — Myohématine, *Mac Munn;* alcalescence du sang, *Kraus*, 39. — Leucomaïnes du sang, *Wurtz;* ptomaïnes, *Luff*, 40. — Dosage de l'acide urique, *Camerer;* désassimilation de l'azote, *Marchal*, 41. — Réaction rouge des urines, *Rosenbach;* amylase de l'urine, *Dubourg;* sucre des urines, *Gaube*, 42. — Adénine et guanine, *Thoiss*, *Schindler*, 43. — Nucléine, *Pohl;* mucine, *Hammarsten*, 44. — Matières colorantes pyocyaniques, *Babès;* pigment de la choroïde, *Hirschfeld*, 45. — Assimilation et répartition du fer chez les nouveau-nés, *Bunge*, *Lapicque*, 46.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité, *Lancereaux;* encéphalites, *Buchholtz*, 47. — Point de bifurcation de l'artère méningée, *Staurenghi;* névrome de l'encéphale, *Pilliet*, 48. — Hémorragie méningée, *Mittenzweig;* actinomycose, *Macfadycan*, 49. — Thrombose, *Mallet*, *Vaquez*, *Weiss*, 50; *Roser*, 51. — Etiologie du cancer, *Zahn*, 51.—Myocarcinome utérin, *Liebmann*, 52. — Cancer des ganglions, *Chambard;* lymphangiome, *Baraban*, 53. — Hépatite par injections, *Lapeyre*, 54.—Abcès typhlique, *Grawitz*, 55. — Monstres, *Balin*, 55; *Bimar*, *Giacomini*, *Phisalix*, 56; *Bugnion*, 57; *Flothmann*, *Boinet*, 58; *Retterer*, *Roger*, 59.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Refroidissement par suggestion, *Marès*, *Hellich;* transfusion, *Hayem;* plaies du cœur, *Martinotti*, 60. — Traité de microbie, *Thoinot*, *Masselin;* technique bactériologique, *Günther*, 61. — Maladie pyocyanique, *Charrin*, 62. — Culture des anaérobies, *Foureur;* vibrion de Metschnikoff, *Gamaleia;* virulence des microbes, *Monti*, 63. — Matières solubles vaccinantes, *Charrin*, *Ruffer*, *Bouchard;* infection, *Charrin*, *Ruffer;* érysipèle et lymphangite, *Verneuil*, *Clado*, 64. — Microbes des tumeurs, *Verneuil;* microbes et abcès, *Verneuil*, 65. — Phagocytose, *Tchistovitch*, 66. — Action du sérum du sang, *Büchner;* bacille tuberculeux, *Courmont*, 67. — Tuberculose, *Sanchez-Toledo*, *Pawlowski;* pneumocoque, *Gabbi*, 68; *Vanni*, 69. — Bacille typhique, *Adenot*, *Vaughan*, 69. — Tétanos, *Bossano*, *Chantemesse*, *Widal*, 70. — Eclampsie, *Blanc;* charbon, *Roger*, *Straus*, 71; *Bouchard*, *Charrin*, *Guignard*, 72. — Morve, *Straus*, 72. — Cancer, *Wehr;* carie dentaire, *Galippe*, *Wignal*, 73.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Influence des médicaments sur la digestion et la putréfaction, *Katz*, *Steiff;* méthacétine, *Mahnert*, 74. — Thalline, *Robin;* chloralamide, *Hagemann*, *Straus*, *Alt*, 75. — Hydroxylamine, *Heinisch;* phényluréthane, *Sansoni;* chloral, *Grandis;* terpine, *Colpi*, 77. — Antiseptiques, *Edington;* acides gras, *Pohl*, 78. — Dithiosalicylates, *Lindenborn;* acide salicylique, *Chopin*, 79. — Fluorure de bore, *Gallois;* élimination du mercure, *Kronfeld*, 80. — Bismuth, *Balzer;* solutions de chlorure, *Forster;* iodures, *Sée*, *Lapicque*, 81. — Liqueur d'absinthe, *Cadéac*, *Meunier*, *Laborde*, 82. — Strychnine et brucine, *de Varigny;* érythrophléine, *Onodi*, *Crespi*, 83. — Chimaphilla, *Abet;* veratrum, *Liégeois;* oxygène, *Thompson*, 84. — Venin de la salamandre, *Dutartre*, *Philasix*, 85. — Empoisonnements : par le plomb, *Kuester*, 85; *Westphal*, 86; par l'oxide de carbone, *Lancereaux*, 86; *Gréhant*, 87; par l'antifébrine, *Pauschinger;* par la strychnine, *Honigmann;* par le mercure, *Lesser*, *Neisser*, *Kaposi*, *Zeising*, 88.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la phtisie, *Jacobi*, *de Renzi*, *Hovent*, *Trudeau*, *Shurley*, *Krull*, *Williams*, 89; *Weber*, *Ampugnani*, *Sciolla*, 90; *Brehmer*, 92; *Brunet*, *Mosso*, *Rondelli*, 94; *Hall*, 95. — Traitement de la coqueluche, *Schilling*, *Nægeli*, 95. — Pleurésie, *Juhel-Rénoy;* baume du Pérou dans la tuberculose, *Vamossy;* cocillana dans les bronchites, *Stewart*, 96. — Diphtérie, *Gallois*, *Rennert*, *Gonthier*, *Langlois*, 97; *Chantemesse*, *Widal*, 98. — Insomnie, *Jastrowitz*, 98. — Influence des bromures sur la menstruation, *Ernst;* coronille dans les affections cardiaques, *Spillmann*, *Haushalter;* bains électriques, *Lehr*, 99. — Traitement de la variole, *Lewentaner;* créoline, *Spaeth;* eucalyptus dans la migraine, *Lewis*, *de Schweinitz;* hydracétine, *Guttmann*, *Œstreicher*, 100.

HYGIÈNE.

Congrès d'hygiène, 101. — Comité consultatif d'hygiène, 106. — Vaccinations, *Boyer*, *Wehenkel*, *Janssens*, *Tosquinet*, *Wolff*, 109, *Chambon*, 110. — Effets nuisibles du café, *Mendel;* falsifications alimentaires, 112. — Répartition de la phtisie en Suisse, *Schrœter;* lait de vaches tuberculeuses, *Ernst*, *Briesh;* mortalité par tuberculose, *Cornet*, 113. — Bactéries de la glace, *Russell*, 114. — Désinfection, *Gaillard*, *Liborius*, *Kitasato*, *Pfuhl*, 115; *Richard*, *Chantemesse*, 116; *Foote*, *Uffelmann*, 117; *Dubief*, *Bruhl*, *Gaillard*, *Mossé*, 119. — Conservation des viandes, *Pouchet*, 119.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Sang, *Hayem*, 120. — Affections du cœur, *Huchard*, 122 ; *Sänger*, *Ritter*, *Hay*, *Baraban*, *Biggs*, *Gardner*, 123 ; *Kirsch*, 124 ; *Pillict*, 126. — Maladies du système nerveux, *Heddaeus*, *Monakow*, *Wernicke*, *Richter*, *Bennett*, *Savill*, *Schnell*, 126 ; *Borgherini*, *Satterte*, *Corning*, *Zacher*, *Mott*, *Evans*, *Starr*, *Oppenheim*, *Knoblauch*, *Monakow*, 130 ; *Hoven*, *Wollenberg*, *Tuczek*, *Cramer*, *Moeli*, 135 ; *Nothnagel*, *Joseph*, *Hafner*, 137 ; *Netter*, 138 ; *Kohlmann*, 139 ; *Nothnagel*, *Siemerling*, *Oppenheim*, *Dreyfous*, *Letulle*, *Bruns*, *Ziehl*, *Laquer*, 140 ; *Centanni*, *Farines*, *Sachs*, *Prince*, *Grasset*, *Cramer*, *Kiewlicz*, *Oppenheim*, 144 ; *Naftel*, *Girode*, *Oppenheim*, *Marina*, *Nonne*, *Pick*, 147 ; *Löwenfeld*, *Dutil*, 150 ; *Borgherini*, *Rudolphson*, 151. — Affections de l'appareil respiratoire, *Jackson*, *Secrétan*, *Gabbi*, *Roosevelt*, 152 ; *Huber*, *Klebs*, *Brunn*, *Larer*, 154 ; *Ferraro*, *Fortin*, *Chesseret*, *Sevestre*, *Simonett*, *Dubreuil*, 156 ; *Openchowski*, *Maikey*, *Smith*, *Harris*, *Godlee*, *Scheurlen*, 157 ; *Kurlow*, *Bowditch*, *Picchini*, 161. — Maladies de l'appareil digestif, *Openchowski*, *Vanni*, *Schwalbe Einhorn*, 162 ; *Ely*, *Giéson*, *Freeborn*, *Thompson*, 164. — Souffle splénique, *Bouchard* ; hémoglobinurie, *Cimbali*, 166 ; *Calmette*, 167. — Cystinurie, *Leo* ; hypotématose, *Maurel*, 167. — Chorée, *Gay*, *Powell*, *Handford*, *Bastian*, *Grosse*, 168. — Hystérie, *Marie*, *Pitres*, *Moravsik*, *Rosenbach*, 169. — Migraine, *Berbez* ; vertige, *Eperon*, 171. — Goutte, *Pfeiffer* ; thromboses, *Vergely*, 172. — Variole, *Grandmaison*, *Margoulieff*, 173.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Varices des ligaments larges, *Malins* ; métrite, *Doléris*, *Mangin*, 174 ; *Grandin*, *Schultze*, 175. — Salpingite, *Doléris*, 176 ; *Terrillon*, *Rizkallah*, 177. — Opération d'Alquié, *Doléris*, *Témoin*, 178. — Prolapsus utérins, *Doléris*, *Roux*, *Dumoret*, 179. — Abouchements vaginaux de l'urètre, *Sechcyron*, 180. — Ablation des tumeurs de l'ovaire, *Bonnecaze* ; fistule urétro-vaginale, *Polaillon*, 181. — Fibromes utérins, *Kleinwaechter*, *Braun*, *Polaillon*, *Tait*, *Staehlli*, *Spaeth*, *Runge*, 182. — Cancer utérin, *Abel*, *Veit*, *Münchemeyer*, *Liebmann*, *Zweifel*, *Uspenski*, 185. — Leçons d'obstétrique, *Budin*, 188. — Accouchements à la cour, *Witkowski* ; grossesse et affections nerveuses, *Chambrelent*, 189. — Attitude dans la grossesse, *Kuhnow*, 190. — Involution utérine, *Dittrich* ; antipyrine dans le travail, *Pinzani* ; souffle utérin, *Ettinger*, 191. — Migration de l'œuf, *Heinricius* ; cloisonnement du col, *Blanc* ; présentation de l'épaule, *Eustache*, 192. — Présentation du sommet, *Bataillard* ; bassin dans la sclérodermie, *Torggler*, 193. — Albuminurie et éclampsie, *Meyer*, 194 ; *Pillet*, *Letienne*, 195. — Rétention du placenta, *Freund*, *Ahlfeld*, *Eberhart*, 196. — Décollement du placenta, *Zinsstag*, 198. — Hydrocéphalie, *Murray* ; physométrie, *Gallois* ; accouchement prématuré, *Prochownick*, 199. — Créoline, *Garrigues*, 200. — Curage utérin, *Porak*, 201. — Grossesse extra-utérine, *Hart*, *Bossi*, *Pinard*, *Hawley*, *Holstein*, *Galabin*, *Taylor*, 202. — Opération césarienne, *Thomson*, *Pritsch*, 204 ; *Leopold*, 205.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Acné, *Robert;* eczéma, *Rentskij;* herpès, *Kaposi*, 207. — Psoriasis, *Baaz;* folliculite, *Leloir;* furonculose, *Spillmann*, *Parisot*, 208. — Lichen, *Russell*, *Robinson*, 209. — Lupus, *Barling*, *Senger*, 210. — Sclérodermie, *Leprevost*, *Rosenthal*, 211. — Icthyose, *Besnier;* xéroderma, *Barré;* molluscum, *Stelwagon*, 212. — Neuro-fibromes, *Hallopeau;* sarcome, *Sherwell;* papillome, *Wherry*, 213. — Xanthélasma, *Polyak;* péliose, *Guziew;* trichomycose, *Jamieson*, *Patteson*, 214. — Tricorrhexis, *Abramowitsch;* sycosis, *Jackson;* nævus, *Joseph*, 215. — Elephantiasis, *Waitz;* éruptions médicamenteuses, *Litten*, 216; *Leszynsky*, *Haffter*, 217. — Syphilis à Nîmes, *Puech*, 217. — Diagnostic de l'infection, *Vajda;* syphilis congénitale, *Siemerling*, 218. — Syphilis et paralysie générale, *Morel-Lavallée*, *Bélières*, 219. — Syphilis pharyngée, *Royer*, 220. — Syphilis rachidienne, *Leyden*, *Oppenheim*, *Lewin*, 221. — Traitement de la syphilis, *Schwimmer*, 222; *Halm*, *Gyedroic*, *Fedotow*, *Cheminade*, 223. — Blennorragie, *Campana*, 226; *Neisser*, *Schutz*, 227; *Straus*, *Rosais*, *Cutter*, *Rice*, 228; *Dormand*, 229. — Chancre mou, *Puech*, *Montillier*, 229.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

Epilepsie, *Wiglesworth*, *Bickerton*, *Savage*, *Mairet*, *Féré*, 230; *Féré*, 231; *Veysset*, *Salzer*, *Lépine*, 232. — Etat psychique, *Tanzi;* maladie de Rousseau, *Mœbius;* hallucinations, *Hack Tuke*, 233. — Idées de négation, *Séglas;* traumatismes du crâne et aliénation, *Christian*, 234. — Folie chez les cardiaques, *Parant;* pellagre des aliénés, *Bonnet;* cerveaux d'aliénes, *Jensen*, 236. — Délire aigu, *Buchholtz;* psychoses séniles, *Fuerstner*, 237. — Troubles de la mémoire, *Freund*, 238. — Psychoses opératoires, *Thomas*, *Gucci*, *Mickle*, *Welch*, *Schutze*, *Wollenberg*, 239. — Psychoses, *Orschansky*, *Koppen*, *Gerlach*, 241. — Alcoolisme, *Sollier;* manie aiguë, *Shermer*, 243. — Folie à deux, *Nolan;* bains dans l'aliénation, *Baker*, 244. — Traitement du morphinisme, *Playfair*, 245.

MÉDECINE LÉGALE.

Rigidité cadavérique, *Schipiloff*, 245; *Strasmann*, 247. — Perte de poids des cadavres, *Dupont*, 248. — Putréfaction sous les hautes pressions, *Regnard;* adipocire, *Cœster*, 249. — Altérations cadavériques du sang, *Falk*, *Linossier;* docimasie, *Winter*, 250; *Jolin*, *Keyberg*, 251. — Poisons introduits après la mort, *Torsellini*, 251. — Mort par submersion, *Paltauf*, 252. — Morts subites chez des baigneurs, *Nordmann*, 253. — Meurtre, *Merner*, 254. — Castration, *Misuraca;* empoisonnement par l'alcool, *Ravaglia*, 255

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Anesthésie, *Fueter*, 255. — Pansement, *Landerer ;* plaies tuberculeuses, *Martell*, 256. — Fractures du crâne, *Allis*, *Reclus*, *Wright*, *Berger*, 257. — Méningocèle, *Jones*, *Larkin*, 258. — Lésions du rachis, *Dercum*, *White*, *Thompson*, 259. — Résection du maxillaire, *Obalinski*, 260. — Fistule et kyste du cou, *Koslowsky*, *Franke*, 261. — Kystes thyroïdiens, *Schwartz;* ostéomyélite, *Park*, *Cauchois*, 262. — apophyse épitrochléenne, *Testut*, 263. — Greffe osseuse, *Senn*, 264. — Exostose, *Manley* ; fractures, *Vilcoq*, *Fallier*, *Decamps*, *Kirmisson*, *Robson*, *Senn*, 265. — Luxations, *Bradley*, *Lauenstein*, *Isambard*, *Montagnon*, *Ridlon*, *Martin*, 269. — Doigt à ressort, *Poirier*, 270. — Pied bot, *Miller*, *Davy*, *Bird*, *Moore*, *Kirmisson*, 271. — Lésions du pied, *Tédenat*, *Forgue*, *Guitton*, *Ollier*, 273. — Genu valgum, *Hahn ;* résections, *Bœckel*, 275 ; *Riesenfeld*, 276. — Tumeurs de la langue, *Kirchoff*, *Krause*, 277. — Cancer du sein, *Heidenhain*, 278. — Varices, *Bœnnecken*, 279. — Affections de l'abdomen et de l'intestin, *Cornil*, *Tchistovitch*, *Pietrzikowski*, 280 ; *Abbe*, *Alaberg*, *Allingham*, 281 ; *Leyden*, *Duckworth*, *Langton*, *Weir*, *Mourange*, *Prochownik*, 282 ; *Witzel*, *Stoffmann*, 283 ; *Castex*, *Cook*, *Newman*, *Ullmann*, *Jeannel*, 288 ; *Chiari*, *Heddæus*, *Coppens*, *Obalinski*, *Larat*, 290 ; *Ortmann*, *Kolatschewsky*, *Kinnicutt*, *Bull*, *Krœnlein*, *Terrier*, 292. — Chirurgie du foie, *Tait*, 294. — Maladies de l'appareil urinaire, *Le Dentu*, 296 ; *Danforth*, *Fenger*, *Reczey*, *Siegrist*, *Schmidt*, *Mundé*, *Schmitt*, *Frank*, *Langenbuch*, *Sabatier*, *Krœnlein*, 297 ; *Nitze*, *Jackson*, 302 ; *Brohl*, *Przewski*, *Chapin*, *Girard*, 303 ; *Mercanton*, *Berger*, *Langenbuch*, *Pozzi*, *Coppens*, *Nicaise*, *Andrews*, *Hadra*, *Vincent*, 306 ; *Poirier*, *Kümmell*, 309 ; *Montaz*, *Klein*, 310. — Torticolis, *Ducurtil*, 311. — Abcès du bassin, *Roux*, 311. — Rupture du tendon, *Dumesnil*, 311. — Kystes lymphatiques, *Heusner*, 312.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 313.

SOMMAIRE DU N° 2

TOME XXXV

ANATOMIE.

Renflement de la moelle, *Lachi*, 401. — Sillon de la moelle, *Bertelli;* nerf vague, *Dees*, 402. — Nerf laryngé, *Breisacher;* nerfs spinaux, *Reid;* nerfs des muscles, *Heymans*, 403. — Nerfs de l'orbite, *Carpentier;* nerf cochléen, *Katz;* nerf acoustique, *Baginsky*, 405. — Leucocytes du sang, *Löwitt*, 406; *Reinecke*, 407. — Espaces interstitiels, *Disse*, 407. — Glandes lymphatiques, *Hoyer*, 408. — Cellules musculaires, *Gehuchten;* muscle, *Rollett*, 409. — Synoviale, *Amantini*, 410. — Fosses nasales, *Grassi, Castrono*, *Disse*, 411; *Herzfeld*, 412. — Larynx, *Heymann*, *Kanthack*, 413. — Epithélium, *Haycraft*, *Carlier;* muscles de l'oreille, *Killian*, 414. — Glandes stomacales, *Hamburger;* rate, *Denys*, 415. — Testicule, *Hermann;* épithélium vésical, *Flemming*, 417. — Prostate, *Griffiths;* vitellus des poissons, *Hoffmann*, 418. — Embryologie, *Scharwz*, 419; *Spee*, 420; *Ravn*, 421. — Poids des viscères du nouveau-né, *Lomer*, 422.

PHYSIOLOGIE.

Respiration, *Wertheimer*, 423. — Conductions nerveuses, *Brown-Séquard;* ganglions sympathiques, *Roschansky*, 424. — Ganglions spinaux, *Gad*, *Joseph;* anémie expérimentale, *Fredericq*, 425. — Mouvements du cœur, *Spalitta;* rythme cardiaque, *Johansson*, *Tigerstedt*, *Wertheimer*, *Meyer*, 426; *Franck*, 427. — Vaso-moteurs, *Arloing*, *Morat*, 428. — Leucocytes du sang, *Spronck;* énervation des muscles, *Chauveau*, 429. — Réaction nervo-musculaire, *d'Arsonval;* contraction musculaire, *Mendelsohn*, 430. — Température, *Zuntz;* sécrétion salivaire, *Langley*, *Fletcher*, *Gley*, 431; *Fubini*, *Blasi*, 432. — Mouvements du pylore, *Bastianelli*, 432. — Albuminoïdes et digestion, *Neumeister*, 433; innervation de l'estomac, *Oppenchowski*, 434; digestion, *Herter*, *Ellenberger*, *Hofmeister*, 435. — Résorption de la graisse, *Gröper;* suc gastrique, *Girard*, 436. — Glycogénie, *Dastre*, *Arthus;* absorption abdominale, *Pisanti*, 437. — Innervation de l'intestin, *Bechterew*, *Mislawski;* consommation d'albumine, *Klemperer*, *Kumagawa*, *Munk*, *Senator*, *Salkowski*, 438. — Plumage des oiseaux, *Sauermann*, 439.

CHIMIE MÉDICALE.

Urine des accouchées, *Ney*, 440. — Urine dans la paralysie agitante, *Mossé*, *Banal;* urine après la marche, *Colasanti*, *Moscatelli;* couleur rouge vineux de l'urine, *Ewald*, *Gumlich*, 441. — Cystinurie, *Hudranszky*, *Baumann*, 442. — Acide urique, *Camerer*, *Salkowski*, 444. — Acides de l'estomac, *Leo;* matières colorantes de la bile, *Haycraft*, *Scofield*, 445. — Caséine, *Drechsel;* alcalins dans les oxydations, *Taniguti;* respiration des tuberculeux, *Quinquaud*, 446. — Gaz du pneumothorax, *Hoppe-Seyler;* absorption par l'hémoglobine, *Folin;* oxyhémoglobine dans la bile, *Wertheimer*, *Meyer*, 447. — Urée dans le cancer, *Rauzier;* cholestérine, *Obermüller*, 448. — Acides nucléiniques, *Altmann*, 449.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité, *Klebs*, 449. — Suppuration, *Peiper*, *Grawitz*, 450. — Névrites des œdèmes chroniques, *Klippel*, 451. — Cellules des lésions cardiaques, *Lenhartz*, 452. — Cancer de l'estomac, *Raymond*, *Mathieu*, 453. — Lésions péritonéales, *Baraban;* du pigment, *Meyerson*, 454. — Hémochromatose, *Recklinghausen;* pneumoconiose, *Carrieu;* brûlures de la peau, *Silbermann*, 455. — Cavités de la moelle, *Miura;* ostéite déformante, *Recklinghausen*, 456. — Cerveau de bègue, *Sabrazès;* anomalies et malformations, *Bianchi*, *Madelung*, 457; *Kummel*, *Chiari*, *Fricke*, 458; *Dubler*, 459; *Demoulin*, *Viti*, *Sutton*, 460; *Romiti*, 461; *Chaleix*, 462.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Fièvre, *Roussy*, 462. — Lésions du cerveau et température, *White*, 463. — Ablation du foie, *Ponfick;* régénération de la thyroïde, *Ribbert*, 464. — Plaies de la vésicule biliaire, *Schwarz;* adhérences péritonéales, *Dembowski;* ostéomalacie, *Stilling*, *Mering*, 465. — Névroses nasales, *Franck;* injections salines, *Dastre*, *Loye*, 466. — Cancer, *Wehr*, *Hanau*, 467. — Vaccination et immunité, *Roger*, *Charrin*, 468. — Sucs digestifs et bactéries, *Lenbuscher;* toxicité du sang, *Rummo*, *Bordoni*, 469. — Tuberculose, *Maffucci*, *Lipari*, *Crisafulli*, *Kastner*, *Steinheil*, 470; *Hirschberger*, 471; *Pfeiffer*, *Cornet*, 472; *Nocard*, 473. — Paludisme, *Antolisei*, *Angelini*, *Gualdi;* rate et infection, *Bardach*, 473. — Injections urineuses, *Bouchard;* artérite infectieuse, *Gilbert*, *Lion*, 474. — Suppuration et diabète, *Ferraro;* noma, *Schimmelbuch*, 475. — Fièvre typhoïde, *Olivier*, *Rodet*, *Roux*, 476. — Maladie des furets, *Eberth*, *Schimmelbusch;* rage, *Hœgyes*, *Peuch*, 477; *Schaffer*, 478. — Tétanos, *Sormani*, *Parietti*, *Bossano*, 479; *Kitasato*, 480.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Antipyrétiques, *Lépine*, *Porteret*, 480; *Penzoldt;* antiseptiques, *Geppert*, 481. — Poisons et température, *Richet*, *Langlois;* acides et ferments de l'estomac, *Rummo*, *Ferraninni*, 482. — Solvines, *Kiwull;* ricine, *Stillmark*, 483. — Pyrodine, *Renvers*, *Frænkel*, *Guttmann*, 485; *Smith*, *Martini*, *Bagini*, *Lemoine*, 486. — Antipyrine, thalline, *Moncorvo;* ephédrine, *Takahashi*, *Miura;* ouabaïne, *Gley;* calomel et iode, *Cohn*, 487. — Noix d'arec, *Marmé;* essence d'absinthe, *Cadéac*, *Meunier*, 488. — Saccharine, *Torsellini;* acide salicylique, *Pullmann;* rage tanacétique, *Peyraud*, *Trasbot*, 489. — Acide crésylique, *Delplanque;* acides oxalique, malonique, *Heymans;* poissons venimeux, *Bottard*, 490. — Chloroforme, *Ostertag*, 491. — Empoisonnements par le sulfonal, *Ullmann;* par l'acide chlorhydrique, *Letulle*, *Vaquez*, *Bourget*, 492; par le sublimé, *Ala;* par le plomb, *Massazza*, 493; *Prevost*, *Binet*, *Putnam*, *Kinnicutt*, 494; par l'oxyde de carbone, *Becker*, 495; par la créoline, *Ackeren*, 496.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la phtisie, *Mœser*, 497; *Opitz*, *Landerer*, 498; *Krull*, *Leu;* pleurotomie, *Catrin;* régime alimentaire, *Debove*, 499. — Action du calomel, *Henck;* hysterionica, *Baillé;* sucres comme diurétiques, *Meilach*, 500. — Mal de Bright, *Schreiber;* anémie pernicieuse, *Meyer;* massage et nutrition, *Keller*, 501. — Massage du cœur, *Œrtel*, 502. — Traitement des calculs biliaires, *Rosenberg*, 503. — Hyoscine, *Magnan*, *Lwoff;* strophantus, *Moncorvo;* chloralamide, *Rabow*, 504. — Bromoforme, *Stepp;* ataxie et suspension, *Saundby*, *Ladame*, *Dujardin-Beaumetz*, *de Renzi*, *Erb*, *Jürgensen*, *Benedikt*, *de la Tourette*, *Lagoudakis* *Renaut*, 505.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE.

Maladies du système nerveux, *Wernicke*, *Revilliod*, *Westphal*, *Whitwall*, *Reinhold*, *Mendel*, 508; *Siemerling*, *Lissauer*, 511; *Borgherini*, *Déjerine*, 513; *Oppenheim*, *Bousquet*, *Riegel* *Joffroy*, *Achard*, *Siemerling*, 514 *Hoffmann*, *Kobler*, 515; *Pick* *Grasset*, *Bourguet*, 516; *Oppenheim*

Siemerling, 518 ; *Uhthoff, Oppenheim, Westphal, Risse, Gyurman*, 519; *Mac Aldowie , Pégaitaz* , 522 ; *Pitres , Stewart*, 523-524. — Chorée, *Dana, Diller*, 524. — Acromégalie, *Schultze ;* pneumonie, *Bertrand, Mosler*, 525. — Pleurésie, *Engster, Renvers, Scheurlen*, 526. — Maladies de l'appareil circulatoire, *Schwalbe, Klein, Leyden, Bouveret, Sollier*, 528; *Cuffer, Sollier*, 530 ; *Franck, Fava*, 531. — Anémie pernicieuse, *Mueller, Lichtheim, Minnich*, 532. — Paludisme, *Schellung, Boinet, Salebert, Bruce*, 533. — Maladies de l'appareil digestif, *Mathieu, Fick, Chelmonski, Noorden, Decker, Ewald, Geinburg, Hœberlin , Waetzoldt , Klemperer* , 535 ; *Tomkins , Joal, Lemoine*, 540. — Diabète, *Lépine , Barral , Fichtner , Michael , Debove, Minkowsky, Mering, Romme*, 541. — Fièvre hématurique, *Lipari;* mal de Bright, *Obrzut*, 543. — Hydatide de la plèvre, *Leclerc, Tillier;* morve, *Lussana, Romano, Gold*, 544. — Myotonie congénitale , *Martius , Hansemann*, 545.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

Endométrite, *Dubrueil, Lantz, Giulini;* laparotomie pour salpingite, *Wyder, Wood* , 546. — Exsudats pelviens , *Wernitz*, 547. — Prolapsus utérins, *Mundé, Wylie, Freund, Taft*, 548. — Ventrofixation, *Spaeth* ; grossesse méconnue, *Veer;* kystes ovariques, *Fordyce, Buffet, Polaillon*, 550. — Extirpation de l'utérus, *Zuckerkandl*, 551. — Angiome du méat, *Petit ;* cancer utérin, *Sippel;* maternité, *Pinard*, 552. — Apnée des nouveau-nés, *Bossi;* endocardite puerpérale, *Labadie-Lagrave* , *Pillet*, 553. — Tétanos puerpéral, *Gautier*, 554. — Peptonurie de la grossesse, *Thomson ;* vomissements, *Gottschalck, Wiesel , Pugliatti , Gueniot*, 555. — Diamètres du bassin, *Walcher*, 556. — Suppuration des symphyses, *Dührssen*, 557. — Rupture du cordon, *Werder ;* action de l'ergot, *Atthill ;* placenta prœvia, *Kaltenbach, Klein*, 558. — Opération césarienne, *Toutant ;* fractures du fœtus, *Guzzoni ;* métrorragies, *Miraschi*, 559. — Injections d'eau chaude, *Deipser, Pinard*, 560.

MALADIES DES ENFANTS.

Sang, *Stierling;* pesée quotidienne, *Sutils, Laure*, 561. — Malformation du cœur, *Chapotot;* péricardite, *Cnopf*, 562. — Œdème aigu, *Joseph ;* microcéphalie, *Gueniot;* pneumonie catarrhale, *Kromayer*, 563. — Rougeole, *Senator;* tuberculose, *Müller*, 564. — Hernie de la plèvre, *Fowler;* entérite, *Gibbons, Boldt, Noble*, 565. — Choléra, *Baginsky*, 566. — Néphrite, *Loomis ;* rhumatisme diphtéritique, *Dauriac ;* hépatite tuberculeuse , *Hutinel;* 568. — Abcès du foie, *Rusche ;* varicelle gangreneuse , *Buchler;* pyémie, *Lucas*, 569. — Hémorragie ombilicale, *Bernhardt;* sillon congénital, *Redard* , hernie ovarienne, *Pollard* , 570. — Macroglossie et idiotie, *Bruck ;* vaccination, *Wolff*, 571.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Dermatite herpétiforme, *Mibelli*, 572. — Erythèmes, *Besnier*, 573; *Schoetz*, 574. — Psorospermose, *Darier*, *Malassez*, 575. — Pityriasis, *Tommasoli*, *Petrini*, 576. — Pemphigus, *Fabre*, *Henoch*, *Dolega*, 577. — Sclérodermie, *Hoppe-Seyler*, *Breda*; lupus, *Schütz*, 578. — Molluscum, *Török*, *Tommasoli*; angiokératome, *Mibelli*; hydrosadénite, *Giovannini*, 579. — Folliculite, *Michelson*; purpura, *Gaumé*, 580. — Pellagre, *Belmondo*; langue pileuse, *Dinkler*; onychomycoses, *Lespinasse*, 581. — Pelade, *Behrend*, *Giovannini*; chromidrose, *Barié*, 582. — Psoriasis, *Fabry*; eczéma, *Pick*; traitement des dermatoses, *Lassar*, 583.— Médecins syphilitiques, *Neisser*; hémoglobine et syphilis, *de Lucca*; alopécie syphilitique, *Giovannini*; syphilis nerveuse, *Oppenheim*, 584. — Syphilis du cœur, *Lang*; syphilis viscérale, *Juergens*, 586. — Syphilis pigmentaire, *Audry*; syphilis vaginale, *Billoir*; chancre du méat, *Greenough*, 587. — Syphilis pharyngée, *Cheminade*; traitement de la syphilis, *Wilson*, *Wolff*, *Lœwenthal*, 588; *Balzer*, *Thiroloix*, 589. — Blennorragie, *Stekhoven*, *Cordier*, *Daunic*, 589; *Guyon*, *Janet*, *Cordier*, *Fortunet*, *Fleiner*, 590.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Lésions des nerfs, *Galignani*, *de Lapersonne*, *Zuckerkandl*, 591; *Bennett*, *Mac Farlane*; tétanos, *Wydenmann*, *Makins*, *Flammarion*, 592. — Glycosurie, *Nuzzi*; greffes, *Hacker*, *Plessing*, *Rotter*, 593. — Trépanation, *Volkmann*, *Wagner*, *Wolf*, *Muller*, *Hoeftmann*, *Horsley*, *Fischer*, *Kocher*, *Sahli*, 595. — Kystes intra-craniens, *Lannelongue*, 598. — Epithéliomas de la face, *Ohren*, 599. — Tumeurs malignes, *Esmarch*, 600. — Tumeurs des glandes salivaires, *Voyer*; épithélioma de la thyroïde, *Wolfenden*; thyroïdectomie, *Wolf*, *Berger*, *Koehler*, *Audry*, 601; *Eiselsberg*, 602. — Œsophagotomie, *Kroenlein*, *Fischer*, 603. — Lésions de l'estomac, *Sick*, *Angerer*, *Lauenstein*, *Czerny*, *Treves*, 605. — Corps étrangers, *Salzer*, 607. — Lésions de l'appareil biliaire, *Oppenheimer*, *Credé*, *Thiem*, *Mears*, *Terrier*, 608. — Hydatides du foie, *Krause*, 610. — Splénectomie, *Annandale*, *Wells*, *Klinger*, *Severcana*, 611. — Tumeurs abdominales, *Schmid*, *Carson*, *Will*, 612. — Plaies de l'intestin, *Mac Cormac*, *Bramann*, *Vinogradoff*, *Packard*, 614. — Péritonite, *Mikulicz*, 615. — Lésions du rectum, *Bodenhamer*, *Mikulicz*, *Bœckel*, 616. — Hernie, *Pietrzikowski*, 617. — Empyème, *Dubrueil*, *Walther*, *Turazza*, 618. — Bactériurie, *Peyer*, 619. — Maladies de l'appareil urinaire, *Verchère*, *Kummel*, *Stein*, 620; *Herczel*, *Kummell*, *Schmidt*, *Siegrist*, *Tiffany*, *Terrillon*, 621; *Guyon*, 624; *Niehus*, *Neuburger*, 265. — Testicule, *Monod*, *Terrillon*, 626. — Mamelle, *Hermann*, *Heidenhain*, *Schinzinger*, 627; *Laurent*, 628. — Lésions des os et des articulations, *Dollinger*, *Schmid-Monnard*, *Wendelstadt*, *Krause*, 628; *Doll*, *Adelmann*, 630; *Lauenstein*, *Doll*, *Krause*, *Kummer*, 631; *Poulsen*, 632; *Brincken*, *Wolter*, 634; *Stierlin*, 635; *Hagen*, *Karewski*, *Krause*, *Joachimsthal*, *Wolff*, *Szumank*, *Hirschberg*, 636. — Lésion du biceps, *Reverdin*, 639. —

Désarticulation de la hanche, *Poppert;* décollement de la peau, *Kohler;* hydatide de l'aisselle, *Dubrueil*, 640. — Kystes dermoïdes, *Rollet;* kystes de la main, *Labougle;* doigt à ressort, *Carlier*, 641. — Corps étrangers, *Bœckel*, *Bonnafont*, *Chauvel*, 642. — Lésions du crâne, *Bœkelmann*, *Kœhler*, *Terrillon*, *Tillaux*, *Lucas-Championnière*, *Saenger*, *Oppenheim*, 643. — Lésions du rachis, *Bullard*, *Burrel*, *Dollinger*, *Gombault*, *Wallich*, *Virchow*, *Volkmann*, *Redard*, 647. — Névroses traumatiques, *Lœwenfeld*, 650. — Anévrismes, *Hochenegg*, *Rosenheim*, *Litten*, *Kœhler*, *Plugette*, 651; *Bardeleben*, *Bœckel*, 652. — Greffe thyroïdienne, *Lannelongue*, 654. Résection des os de la face, *Péan;* tumeur de la joue, *Bartels*, 655. — Autoplastie, *Leprévost*, *Polaillon*, 656. — Ulcère de la lèvre, *Schuchardt;* cancer de la langue, *Cerné;* excroissance de la langue, *Dinkler*, 657. — Dilatation stomacale, *Bazy*, 658.

OPHTALMOLOGIE.

Centre optique, *Perlia;* sens de la lumière, *Treitel*, 658. — Images rétiniennes, *Kalt;* réflexes oculaires, *Feilchenfeld;* myopie, *Feilchenfeld*, 659. — Accommodation, *Hers*, 660; *Zehender*, 661. — Myopie, *Schmidt-Rimpler*, 661; *Hirschberg*, *Scholh*, *Schneller*, 662. — Daltonisme, *Green*, *Grossmann*, 663. — Accidents oculaires et menstruation, *Puech;* ptosis, *Reuss;* Symblépharon, *Fischer;* blépharoplastie, *Valude*, 664. — Mucocèle, *Weiss*, 665. — Extirpation des glandes lacrymales, *Truc;* fibrome de l'orbite, *Maurange;* herpès de la cornée, *Vossius*, 666. — Kératites, *Ransohoff*, *Ribbert*, *Kipp*, 667. — *Adler*, *Thomalla*, 668; *Fischer*, 669. — Conjonctivite, *Parinaud*, 669; *Rohmer*, 670. — exophtalmie, *Gessner;* rupture du canal de Schlemm, *Czermak*, 670. — Sarcome de l'iris, *Collins;* vaisseaux ciliaires, *Rumschewitsch;* cataractes, *Wicherkiewitz*, 671; *Schiess*, *Baenziger*, 672; *Jacobson*, *Knapp*, 673; *Hirschberg*, *Magnus*, 674. — Lésions de la rétine, *Raehlmann*, *Hirschberg*, 675; *Fick*, *Guerber*, *Meyer*, *Becker*, 676; *Gelpke*, *Schœler*, *Ulrich*, 677; *Schœler*, *Schweigger*, 678; *Fulton*, *Bellarminoff*, 679; *Raehlmann*, 680. — Névrite du tabes, *Berger*, 680. Corps étrangers de la rétine, *Hosch*, 681. — Ophtalmoplégie, *Gast;* atrophie optique, *Déjerine*, *Martin;* forme de la papille, *Rumschewitsch*, 682. — Migraine ophtalmique, *Babinski;* hémeralopie, *Armstrong;* cécité quinique, *Atkinson*, 683. — Strabisme, *Peters;* atrophie optique, *Knies*, 684. — Paralysies dans la sclérose, *Uhthoff;* lésions du fond de l'œil, *Magnus*, 685.— Amblyopie toxique, *Becker;* panophtalmie, *Chibret*, 686. — Hémorragie oculaire, *Hutchinson;* limites de l'examen ophtalmoscopique, *Groenouw;* hémorragies du corps vitré, 687. — Lésions du corps vitré, *Wagenmann;* coloboma du nerf optique, *Blenig;* anomalies oculaires, *Panas*, 688. — Cysticerque, *Stoelting;* cocaïne, *Kroll*, 689. — Effet de l'atropine, *Reich*, 690.

BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

Amygdalites, *Gabbi*, *Metzner*, *Brown*, *Bomsein*, *Morgan*, *Wolfenden*, 690. — Angine, *Vomviller*, *Coste*, *Sahli*, 692.— Uvulite, *Morgan* ; diverticules du pharynx, *Kostaneki*, 693.—Polype nasopharyngien , *Bryant* ; hyphomycètes du nez, *Schubert*, 694. — Bactéries du nez, *Wright* ; leucémie nasale , *Suchannek*, 695. — Occlusion des fosses nasales, *Krakauer*, 696 ; *Frænkel*, 697. — Ulcères de la cloison, *Foulerton*, 697. — Déviation de la cloison, *Krieg*, *Trendelenburg*, 698. — Papillomes du nez, *Lacoarret* ; anesthésie pour le nez, *Silk*, *Stoker*, 699. — Lupus du nez, *Raulin* ; rhinosclérome , *Rydygier* ; papillome corné du nez, *Buengner*, 700. — Syphilis nasale, *Schech*, *Grünwald* ; rhinolithes, *Wright* ; asthme, *Schmiegelow*, 702 ; *Robinson*, 703. — Rhinite hypertrophique, *Barbier*, 703. — Obstructions nasales , *Miot* , *Garel*, 704. — Empyème du sinus, *Michelson*, *Mikulicz* , *Ziem* , *Friedlænder* , *Heryng*, 705. — Centre cortical du larynx, *Delavan*, 706. — Ictus laryngé, *Armstrong*, *Garel*, *Cartaz*, 707. — Paralysies laryngées, *Martius*, *Wright*, *Massei*, 708. — Hémorragie laryngée, *Moure* ; phtisie laryngée, *Sedziak*, 709 ; *Korkunoff*, *Koch*, 710. — Laryngite typhique, *Landgraf*, 710. — Syphilis laryngée , *Landgraf*, 711 ; *Ruault*, 712. — Fracture du larynx, *Sokolowski* ; papillome du larynx , *Gouguenheim* , 712. — Laryngofissure , *Becker* ; tubage du larynx , *Bleyer*, *Guyez* , *Muralt* , 713. — Acétate d'alumine dans les maladies de la gorge, *Holste*, 714. — Maladies de l'oreille, *Lannois* , *Zaufal*, *Gradenigo*, 714 ; *Lœwe*, *Nœl*, *Binder*, 715 ; *Kuhn*, 716 ; *Hartmann*, *Moos*, 717 ; *Moos*, 718.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Page 719.

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Die Neuroblasten und deren Entstehung im embryonalen Mark (Les neuroblastes et leur origine dans la moelle embryonnaire), par HIS (*Arch. f. Anat. und Phys., Anat. Abth., Heft* 3-4, 1889).

Voici les principales conclusions de His :

1° A des stades très précoces du développement, la plaque médullaire a le caractère d'un épithélium stratifié. Entre les parties les plus internes des cellules épithéliales sont situées des cellules rondes, pour la plupart en voie de karyokinèse, les *cellules germinatives*.

2° Les cellules se disposent de telle sorte que leurs noyaux sont situés à des hauteurs différentes dans l'épaisseur de la plaque médullaire, les extrémités des corps médullaires ne cessant pas d'être en rapport avec l'une et l'autre face de la plaque.

3° Les cellules épithéliales se transforment en *spongioblastes* et en une *charpente médullaire* unie à ces spongioblastes. Les cellules voisines s'anastomosent par leur charpente médullaire. A la face interne de la plaque médullaire, la charpente constitue un réseau plus serré, qui forme une *membrane limitante interne*. En dehors, elle s'accumule en une couche dense, le *voile marginal*, qui peut se condenser lui-même à la périphérie en une *membrane limitante externe*.

4° Complètement développée, la charpente médullaire se distingue en régions interne, moyenne et externe. La première, *couche columnaire* ou *radiée* consiste en fibres radiées qui, situées dans le prolongement des spongioblastes, se divisent et irradient dans la membrane limitante interne. La région moyenne ou couche *nucléaire* contient les corps cellulaires nucléés des spongioblastes, disposés en deux ou plusieurs couches, et émettant chacun au moins deux prolongements ; les fibres radiées s'anastomosent dans cette couche par des fibres transversales ou obliques. La région externe de la charpente médullaire consiste en

un réseau de fines travées unies entre elles d'une façon variable. En somme, la charpente médullaire se décompose en une région à mailles grossières (couche columnaire et couche nucléée) et une zone à mailles étroites (voile marginal).

5° Il n'y a aucune raison d'admettre que les spongioblastes, une fois formés, se multiplient ; au contraire, les travées de la charpente médullaire s'accroissent, et ses mailles deviennent plus larges.

6° C'est dans les mailles des travées de la couche columnaire que se trouvent les cellules germinatives. De là, ces éléments peuvent se répandre dans les zones plus profondes, jusqu'au niveau du voile marginal.

7° De la division des cellules germinatives naissent les éléments qui deviennent les cellules nerveuses embryonnaires ou *neuroblastes*. Ces cellules s'allongent, leur protoplasma s'étire en un prolongement d'abord court, puis de plus en plus long, le *prolongement cylindre-axile*. Cette transformation s'accompagne de modifications dans la quantité de la chromatine du noyau. Le noyau du neuroblaste paraît alors plus pauvre en chromatine que celui de la cellule germinative. Il se fait une accumulation de chromatine dans la substance du corps cellulaire qui s'allonge. Pendant que les neuroblastes se forment, leur structure devient fibrillaire, principalement au niveau du cône d'insertion du cylindre-axe.

8° Pendant qu'elles se transforment en neuroblastes, les cellules quittent leur lieu de formation et viennent s'amasser contre le voile marginal ; elles forment là une couche plus ou moins bien délimitée, la *couche corticale* (Mantelschicht).

9° Par le fait de l'émigration des cellules germinatives devenues neuroblastes, le système des cavités de la couche columnaire se vide peu à peu ; les spongioblastes les plus internes, isolés ainsi les uns des autres, se rapprochent ensuite et s'accolent en formant l'épithélium du canal central.

10° Les jeunes neuroblastes sont piriformes ; l'une de leurs extrémités est remplie par le noyau ; l'autre se prolonge par le cône d'insertion du cylindre-axe. Tout d'abord, les neuroblastes n'ont pas d'autre prolongement que le cylindre-axe.

11° Les cellules épithéliales et la charpente médullaire sont les premières formations. Les cellules et les fibres nerveuses ne se développent que plus tard. Leur situation et leur extension sont influencées par la présence de la charpente médullaire ; celle-ci a donc dans l'organisation du système nerveux central un rôle qui dépasse celui d'une simple charpente de soutien. Le système de larges cavités de la zone nucléaire sert comme support des cellules nerveuses et devient le lien de formation de la substance grise. Le voile marginal, au contraire, agissant comme une sorte de filtre, ne permet le passage que des fibres et devient pour cette raison le substratum de la substance blanche.

12° Les processus du développement de la charpente et des neuroblastes ne diffèrent que sur des points secondaires dans les diverses classes des vertébrés craniotes.

Ces conclusions sont suivies de considérations d'anatomie générale fort intéressantes, où l'auteur pose un certain nombre de lois fondamentales du développement du système nerveux, qu'il serait malheureusement trop long de reproduire ici. A. PRENANT.

Theorie des Mesoderms, par C. RABL (*Morph. Jahr.*, *Band XV*, *Heft* 2, *p.* 139, 4 *pl.*, 1889).

Rabl décrit d'abord des coupes d'embryons de sélacien, d'oiseau et de mammifère. Les descriptions de l'auteur ne sauraient se prêter à une analyse.

Il interprète ensuite les faits qu'il a observés. Dans ce but, Rabl reproduit les considérations qu'il a antérieurement développées et publiées in *Anatomische Anz*, dans lesquelles il tente une explication phylogénétique de la gastrula des vertébrés. Partant de là, pour pouvoir, dit-il, rattacher la gastrula des amniotes à celle (hypothétique) des protamniotes, il faut admettre : 1° qu'une invagination peut être pleine au lieu d'être creuse; 2° qu'il peut se faire une division du travail consistant en ce que les cellules du germe se débarrassent de plus en plus du vitellus, et que c'est un petit nombre seulement des cellules de l'œuf qui deviennent le support des matériaux vitellins; ces cellules forment l'entoderme vitellin, que l'on peut opposer dans une certaine mesure à l'entoderme embryonnaire issu de l'invagination du blastoderme. Chez les reptiles existe une fossette, du fond et des flancs de laquelle part une végétation cellulaire qui s'étend peu à peu sur le vitellus. Au-dessous de cette masse cellulaire se trouve, appliquée immédiatement sur le vitellus, une mince couche de cellules plates (paraderme de Kupffer ou feuillet vitellin), qui peut être homologuée à une partie des cellules vitellines des amphibiens. Chez les oiseaux, les dispositions ne sont guère plus compliquées, sauf que la végétation cellulaire part non plus d'une fossette, mais d'une gouttière sagittale (gouttière primitive). Chez les mammifères enfin il existe dès le début de la segmentation une opposition (établie déjà par van Beneden) entre les deux premières cellules, l'une étant la cellule qui donne naissance sinon au vitellus du moins au feuillet vitellin. Cette distinction se maintient au stade de gastrula entre le feuillet entoblastique vitellin et les autres.

Rabl s'élève contre l'assertion de Rauber, d'après laquelle la bouche primitive des Amniotes doit être cherchée non pas seulement dans la ligne primitive, mais encore dans la périphérie du blastoderme, et il soutient que le bord du blastoderme n'est qu'un bord d'enveloppement, la ligne primitive représentant le blastopore tout entier.

A l'appui de sa conception de la gastrula des amniotes, qu'il appelle périgastrula, l'auteur fait valoir les faits suivants : 1° le lieu de formation du canal neurentérique; 2° le lieu de formation du sang; 3° la formation du mésoderme. Relativement à ce dernier point, il y a lieu de distinguer chez tous les vertébrés un mésoderme péristomal formé au pourtour de la bouche primitive et un mésoderme gastral répondant à l'ébauche embryonnaire et constitué au devant de la bouche primitive. Chez les amniotes le mésoderme gastral a pour origine le prolongement céphalique, le mésoderme péristomal se formant sur les flancs et aux dépens de la ligne primitive. Le premier seul se métamérise. La gastrulation est représentée chez les amniotes par la formation du prolongement céphalique lequel contient un canal qui n'est autre que la cavité de la gastrula. Le prolongement céphalique adhère par sa face inférieure à la face supérieure de l'entoderme vitellin. Cette soudure effectuée, le canal

s'ouvre en gouttière dans la cavité vitelline. La paroi dorsale du canal est l'ébauche de la corde; elle se prolonge latéralement par le mésoblaste (mésoblaste gastral).

Rabl passe ensuite à l'homologie du mésoderme chez les bilatéraux. Après avoir rappelé la théorie du cœlome, les notions de mésoderme et de mésenchyme, et étudié chez les divers bilatéraux la formation du feuillet moyen, l'auteur conclut que la distinction établie par Hertwig entre les enterocœliens et les pseudocœliens ne saurait être maintenue. Il y a deux cas à distinguer dans la formation du mésoderme. 1° Lorsque le nombre des cellules des deux feuillets primaires est très faible, celui des cellules d'origine du mésoderme est très faible aussi, celle-ci étant réduites à deux initiales mésodermiques. 2° Si le nombre des cellules des deux feuillets primaires est élevé, alors s'élève aussi celui des cellules initiales du mésoderme. Celles-ci ou bien perdent de bonne heure la disposition épithéliale, quittent les bords du blastopore et s'enfoncent dans la profondeur pour former entre les feuillets primaires une couche moyenne ou bande mésodermique; ou bien elles demeurent incorporées à l'entoderme, conservent leur caractère épithélial et s'invaginent lors de la gastrulation en même temps que le feuillet interne. Dans le premier cas, la formation du mésoderme est celle d'un pseudocœlien, dans le second celle d'un entérocœlien. Il n'y a pas d'autre différence entre ces deux types. Dans tous les cas (et ceci est une loi générale de la formation du mésoderme), le feuillet moyen naît de deux ébauches symétriques.

Rabl essaye ensuite d'établir l'homologie du mésoderme chez les vertébrés et l'amphioxus en particulier d'une part, chez les invertébrés bilatéraux d'autre part.

La deuxième partie du mémoire de l'auteur, partie dont la suite est annoncée, et dont par conséquent l'analyse doit être différée, traite de la différenciation du mésoderme. A. PRENANT.

Der Ursprung der mesenchymatischen Gewebe bei den Selachiern (L'origine des tissus mésenchymateux chez les sélaciens), par H. E. ZIEGLER (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXXII, Heft* 2, 1888).

Contrairement aux nouvelles théories sur l'origine du mésenchyme, d'après lesquelles celui-ci ne viendrait pas du mésoderme, mais se formerait en dehors de l'embryon même, Ziegler rappelle que Balfour et lui-même chez les sélaciens, lui aussi chez les téléostéens, Kölliker pour les amniotes ont soutenu l'origine mésodermique du mésenchyme. L'expression de mésenchyme peut être conservée pour désigner le tissu conjonctif embryonnaire. Mais elle ne doit pas être employée par opposition au mésoderme dont le mésenchyme serait génétiquement différent. Au contraire il convient de donner au tissu mésenchymateux un nom nouveau qui ne préjuge en rien de son origine, mais qui ait trait plutôt à sa destinée ; on peut l'appeler « tissu formatif. »

Le tissu formatif naît des feuillets somatopleurique et splanchinopleurique du mésoderme, au niveau des segments primitifs aussi bien que des plaques latérales. Il se produit plus spécialement en certains points que Ziegler précise, notamment au-dessous de la partie du segment primitif qui devient le myotome, c'est-à-dire au niveau de ce qu'on nomme le « sclérotome ». Toutefois la production du tissu formatif ne

se fait pas à cet endroit le plus souvent par végétation pure et simple de la paroi mésodermique, mais est due à la formation d'un diverticule de cette paroi.

L'auteur consacre ensuite un paragraphe tout théorique à montrer que les différents processus que l'on distingue sous les noms de délamination, d'évagination et de prolifération ne sont pas essentiellement différents les uns des autres au point de vue morphologique. Quant à savoir lequel de ces processus est le plus primitif, on peut, contrairement à Hertwig qui a fait de l'évagination le mode le plus ancien, défendre avec Metschnikoff l'hypothèse que c'est au contraire la végétation ou prolifération. Le mésoderme serait chez les vertébrés un bourgeon plein de la paroi de l'intestin primitif : la cavité générale se développerait secondairement comme une lacune creusée dans ce bourgeon. Dès lors il n'y aurait plus de raison absolue de distinguer un mésoderme et un mésenchyme. Dès lors aussi à la cœlomthéorie il conviendrait de substituer une schizocœlomthéorie. Quant à la signification de la cavité générale ainsi secondairement formée, elle doit être considérée comme une vésicule terminale de l'appareil excréteur, formée dans l'épaisseur du mésoderme.

Dans un dernier paragraphe, l'auteur traite de la phylogénie du myotome et du tissu formatif. Il rappelle que la cavité générale des annélides étant complètement segmentée ainsi que celle de l'Amphioxus aux premiers stades de son développement, que l'on fasse dériver les vertébrés soit de l'Amphioxus soit des annélides, on doit admettre que la cavité générale non segmentée actuelle des vertébrés est une formation nouvelle, constituée par l'allongement du côté ventral et la fusion des segments primitifs, et qu'il doit y avoir eu phylogénétiquement un stade où la cavité générale unique et non segmentée existait déjà communiquant avec la cavité des segments primitifs, ainsi qu'on l'observe dans le développement ontogénétique des sélaciens. Au stade phylétique la cavité générale et celle des segments primitifs avaient une fonction excrétrice ; dans chaque segment existait un canal excréteur, ouvert soit directement au dehors, soit dans le canal général du rein primitif. Dans le cours du développement phylogénétique, il s'est fait une division du segment primitif en deux parties, la partie supérieure représentant le myotome, la partie inférieure le canalicule rénal.

Le grand développement du mésenchyme (très peu abondant chez les annélides et l'Amphioxus) est une acquisition des vertébrés nécessitée par le développement de la colonne vertébrale ; de là la différenciation d'une région du mésoderme en sclérotome. Le mésenchyme est produit par prolifération du mésoderme et spécialement de certaines régions de ce dernier. Le processus de la prolifération a pu être d'ailleurs remplacé par le suivant : il est resté en certains points, dès l'époque de la différenciation du mésoderme, une masse de cellules indifférentes ; c'est là un exemple du principe de la « ségrégation anticipée » des Anglais.

A. PRENANT.

Anatomia di un embrione umano della lunghezza di 2, 6 mm. in linea retta, par G. CHIARUGI (*Atti della Societa toscana di scienze naturali, Pise*, 30 *p.*, 2 *pl.*, 1888).

Les principales dispositions observées sur cet embryon sont les suivantes :

Système nerveux central. La segmentation du cerveau était très nette, mais l'auteur ne fait que la signaler.

Système nerveux périphérique. La portion initiale du trijumeau avec le ganglion de Gasser, le ganglion acoustico-facial, une ébauche commune pour les dixième et onzième paires, telles étaient les ébauches des nerfs craniens. Quant aux nerfs rachidiens, les antérieurs paraissaient mieux développés. Ils étaient représentés par le ganglion dorsal en rapport avec la moelle, mais la racine ventrale ne pouvait pas être distinguée.

Canal intestinal. L'intestin antérieur est ouvert à l'extérieur. Il y a trois *poches* branchiales, la seconde étant la plus développée, leur fond est en contact avec l'ectoderme qui tapisse les *sillons* branchiaux correspondants, mais sans qu'il y ait continuité cellulaire entre les deux feuillets.

Le sillon ectodermique antérieur est bien accentué, il se continue avec celui du côté opposé, délimitant ainsi l'arc mandibulaire qui ne porte pas encore de bourgeon maxillaire supérieur. Le second sillon se termine, sans rencontrer celui du côté opposé, en se jetant dans le premier. Le troisième sillon est très court et ne conflue pas dans le précédent. En arrière de ce troisième sillon on voit l'ébauche d'un quatrième arc. Enfin dans la partie la plus dorsale des sillons, l'épithélium est très épaissi et constitue les organes des sens branchiaux rudimentaires en relation avec le facial et le vague déjà décrits par différents auteurs.

L'estomac est reconnaissable comme une légère dilatation qui s'ouvre dans la vésicule ombilicale. Le diverticule hépatique est placé immédiatement à l'union de la dilatation stomacale et du pédicule ombilical.

L'intestin caudal se termine par une ampoule cloacale en regard de laquelle la dépression anale cutanée est à peine ébauchée. Il n'y a aucune trace d'un canal neurentérique. Enfin du cloaque part l'allantoïde qui se termine en cul-de-sac dans le pédoncule abdominal.

Système vasculaire. Le tube cardiaque est fortement reployé sur lui-même, on y distingue le renflement auriculaire séparé de l'anse ventriculaire par un canal auriculaire. Le bulbe aortique est nettement séparé du ventricule par l'étranglement du détroit de Haller. Les éléments fusiformes qui constituent la paroi contractile du cœur ne présentent aucune trace de striation.

La fusion des deux aortes primitives s'est faite en arrière pour former une aorte unique qui, vers l'extrémité caudale, se bifurque en deux rameaux placés de chaque côté du cloaque.

Chiarugi considère cet embryon comme normal malgré une particularité dont l'explication n'est pas encore complètement établie. Il s'agit d'une courbure extrêmement prononcée qui a atteint toute la partie de l'embryon située au côté dorsal du pédicule de la vésicule ombilicale. A ce niveau le corps de l'embryon complètement replié forme un genou saillant dans le tube digestif qu'il refoule devant lui. A. NICOLAS.

The Proamnion and Amnion in the Chick (**Le proamnios et l'amnios chez le poulet**), par **SHORE et PICKÉRING** (*Journal of Anat. and Phys.*, *vol. XXIV*, *p.* 1, 1889).

Il existe chez le poulet un proamnios diblastique de la même nature que celui des mammifères. Ce proamnios est borné latéralement par les

veines vitellines antérieures, comme le proamnios des mammifères. Le sinus terminal, contrairement à ce qu'il est chez les mammifères, est ici veineux. Le pli céphalique résulte de la croissance de la tête en avant au-dessus du proamnios diblastique, et non pas d'un plissement du blastoderme. Les replis céphalique, caudal, et latéral de l'amnios ne sont pas fournis par un soulèvement annulaire du blastoderme autour de l'embryon, mais sont déterminés par la croissance de cet embryon et son enfoncement dans le sac vitellin. L'amnios est ontogénétiquement dû à des causes purement mécaniques dont la plus importante est le poids de l'embryon et la résistance de la zone pellucide aux forces actives de l'accroissement. La fermeture de l'amnios est due uniquement à la convergence et à la coalescence des replis latéraux au-dessus du dos de l'embryon; un épaississement indique longtemps encore cette soudure. Le proamnios se montre depuis l'époque de l'apparition de la ligne primitive jusqu'à la cinquantième heure de l'incubation environ. Il disparaît à ce moment par suite de l'extension du mésoblaste entre ses feuillets. Il contribue ensuite à la constitution de la partie ventrale de l'extrémité céphalique du véritable amnios et à la formation du rempart vitellin. La flexion cranienne est une cause qui produit et exagère l'amnios céphalique.

PRENANT.

I. — Sur les premiers développements du cloaque, du tubercule génital et de l'anus chez l'embryon de mouton, par F. TOURNEUX (*Mémoire accompagné de 3 planches. — Journ. de l'Anat. et de la Physiol., septembre* 1888).

II. — Sur le développement et l'évolution du tubercule génital chez le fœtus humain dans les deux sexes, par LE MÊME (*Ibidem, avec* 6 *planches*).

I. — Le premier de ces mémoires, servant d'introduction au second, a eu pour objet l'embryon du mouton, à cause de la difficulté de rencontrer des embryons humains des deux premiers mois en parfait état de conservation. Encore le plus jeune embryon de mouton que l'auteur a pu examiner présentait-il déjà un état parfaitement constitué, c'est-à-dire sans qu'il fût possible de se prononcer sur son origine, la formation dite membrane cloacale, et que l'auteur appelle *bouchon cloacal*, car c'est une lame à peu près homogène de cellules épithéliales allant de l'ectoderme à l'endoderme. Ce bouchon cloacal, dès qu'apparait le tubercule génital, se prolonge dans son épaisseur, en le pénétrant par sa face inférieure et y formant une *lame urétrale*, ainsi nommé puisque c'est à ses dépens que se développera le revêtement épithélial du canal de l'urètre.

Le point principal mis en lumière dans ce travail est le rôle joué par l'éperon périnéal, ou repli périnéal : c'est le repli qui, dès le début, sépare le sinus urogénital (origine de l'allantoïde) d'avec l'intestin : c'est l'épaississement et la descente de ce repli périnéal qui provoque la séparation définitive et complète du cloaque en une partie rectale et une partie génitale. En effet, ce repli descend, arrive au contact de l'extrémité postéro-supérieure du bouchon cloacal, et provoque la disjonction de ce bouchon et du rectum. A ce moment, la cavité du rectum débouche dans une sorte de vestibule qui se prolonge en avant jusqu'au bouchon cloacal, lequel désormais n'appartient plus qu'à la région géni-

tale du cloaque. Le repli périnéal mérite bien son nom, car c'est exclusivement à ses dépens que se développe le raphé périnéal. En effet, ce repli, qui forme d'abord le plafond du vestibule anal, en descendant de plus en plus, devient superficiel et enfin proémine au dehors ; il apparait alors comme raphé médian du périnée. Mais ceci soulève une question encore non élucidée ; à l'origine, l'épithélium qui tapisse le bord inférieur de ce repli est une dépendance du feuillet interne (épithélium du cloaque) ; chez l'adulte, l'épithélium qui recouvre le raphé périnéal appartient au type pavimenteux stratifié. Or, les recherches de l'auteur ne lui ont pas permis d'indiquer si l'épithélium endodermique qui recouvre le repli périnéal se transforme directement en épiderme, en arrivant à la surface, où s'il est remplacé progressivement par l'épithélium ectodermique des parties adjacentes de la peau.

II. — Chez l'embryon humain, la disjonction du rectum et du sinus urogénital s'opère vers la fin du deuxième mois, par un processus semblable à celui étudié chez le mouton, et à cette époque le tubercule génital renferme à sa face inférieure une lame urétrale semblable à celle précédemment décrite ; sur le bord superficiel ou cutané de cette lame se creuse une gouttière (gouttière urétrale) qui progresse d'arrière en avant. Au commencement du troisième mois, cette gouttière règne dans toute la longueur du corps de la verge (tubercule génital), excepté dans son extrémité antérieure ou gland. Au contraire, au niveau du gland la lame urétrale, au lieu de se creuser, bourgeonne au dehors et forme le long de la face inférieure de cet organe une crête longitudinale (mur ou rempart épithélial du gland), qui se termine vers le sommet par une houppe plus élevée. Jusque-là toutes ces dispositions sont les mêmes dans les deux sexes.

C'est au cours du troisième mois que se dessinent les dispositions caractéristiques des deux sexes.

Chez le mâle, les deux bords de la gouttière urétrale convergent et se fusionnent sur la ligne médiane, et cette soudure, qui donne naissance à la portion spongieuse, progresse d'arrière en avant. Alors la gouttière urétrale se prolonge à son tour dans le bord libre du mur épithélial du gland, mais sa fermeture, en canal, est ici étroitement liée au développement du prépuce. Celui-ci apparaît à la fin du troisième mois sous la forme d'un bourrelet mésodermique qui s'élève progressivement de la base au sommet du gland, cheminant dans l'épaisseur de l'épithélium qui recouvre primitivement le gland ; ce bourrelet préputial est interrompu à la face inférieure du gland et sur la ligne médiane par une incisure répondant à la gouttière urétrale du mur épithélial ; en d'autres termes, le bourrelet préputial affecte, sur la coupe transversale, la forme d'un croissant dont les deux extrémités, très rapprochées, se continuent avec les lèvres de la fissure urétrale. A mesure que la hauteur du prépuce augmente, les deux lèvres de la gouttière urétrale, et par suite les deux extrémités du croissant préputial, convergent l'une vers l'autre et se fusionnent sur la ligne médiane ; dans toute l'étendue où se produit cette fusion, on peut dire que cette partie de l'urètre se développe aux dépens du prépuce ; et en effet les deux lèvres de la gouttière urétrale, réunies et fusionnées sur la ligne médiane, constitueront le frein du prépuce. Mais vers le milieu du quatrième mois, au moment où le

gland est aux trois quarts recouvert par le prépuce, la gouttière urétrale progresse en avant plus rapidement que le prépuce, se referme en avant du bord antérieur de ce repli, et, les deux parties (urètre et prépuce) devenant indépendantes, le prépuce peut alors développer sa partie libre ou annulaire.

Chez la femelle les deux bords de la gouttière urétrale ne se réunissent pas sur la ligne médiane : il persiste une gouttière largement ouverte sur toute la longueur du clitoris (tubercule génital), gouttière qui formera chez l'adulte la portion pré-urétrale du vestibule ; et les deux lèvres de la gouttière, dont la saillie s'accentue, dessinent la première ébauche des petites lèvres. (Nous ne parlerons ici ni des grandes lèvres, ni du scrotum, ne devant insister, dans cette analyse, que sur les points essentiellement nouveaux et originaux.) De même, au moment où se soulève le capuchon du clitoris, la gouttière urétrale envahit le mur épithélial du gland, mais ensuite ses deux lèvres restent isolées, ce qui explique pourquoi, chez l'adulte, le capuchon clitoridien présente une interruption à sa partie inférieure.

Un fait intéressant est relatif au sinus de Guérin (limité en bas par la valvule de ce nom), lequel se développe vers la fin du troisième mois sous la forme d'un bourgeon plein émané du bord profond de la lame urétrale au niveau de la base du gland ; la glande clitoridienne, que Wertheimer a décrite à la base du gland du clitoris, se développe exactement de même et serait donc l'homologue du sinus de Guérin, ou, pour mieux dire, des glandules qui viennent déboucher dans le fond et sur les parois de ce sinus.

Les glandes urétrales (prostatiques) apparaissent plus tardivement et évoluent plus lentement chez le fœtus femelle que chez le mâle. La structure de ces glandes, chez la femme adulte, répond à celle qu'on observe chez le fœtus mâle du cinquième ou sixième mois.

MATHIAS DUVAL.

L'axe organique du noyau, par van GEHUCHTEN (*La Cellule, t. V, fasc*, 1, 1889).

Dans les cellules des glandes annexes de l'intestin chez une larve de diptère némocère, se trouvent des noyaux éminemment favorables à l'étude de l'orientation des éléments chromatiques dans le corps nucléaire au repos. Sur cet objet, Van Gehuchten trouve que les bâtonnets chromatiques ne sont nullement disposés conformément au schéma de Rabl, mais plutôt selon celui qui a été donné par Carnoy. Il n'y a pas lieu de distinguer une face polaire et une face antipolaire; mais aux deux extrémités de l'axe organique du noyau, les deux pôles sont identiques. Les segments chromatiques sont orientés non pas autour d'un pôle seulement comme le veut Rabl, mais par rapport à l'axe organique même du noyau.

A. PRENANT.

Recherches sur le développement des poissons osseux : embryogénie de la truite, par L.-P. HENNEGUY (*Journal de l'Anat. et de la Physiol.*, *nos* 5 *et* 6, *t. XXIV*, *avec* 4 *planches et figures dans le texte*).

Cette étude d'embryologie comparée est un mémoire qui fait honneur à la science française ; peu de travaux, même à l'étranger, où l'embryologie est cultivée avec une telle ardeur, se recommandent par une aussi

grande richesse d'indications techniques, d'observations rigoureuses, et méthodiquement suivies, et enfin, par une discussion aussi complète des résultats originaux de l'auteur, mis en rapport avec ceux de ses prédécesseurs, sur le même sujet. Nous ne saurions songer à en donner une analyse complète, mais seulement quelques indications sur les questions les plus générales et sur quelques points spéciaux plus particulièrement controversés.

L'œuf des Téléostéens est un œuf méroblastique, comme celui des autres poissons; la segmentation y est donc partielle et n'intéresse que le germe; mais la formation des cellules aux dépens du parablaste, montre que la substance plastique n'est pas nettement séparée du vitellus nutritif; des cellules, qui viennent s'ajouter aux sphères de segmentation du germe, prennent naissance dans le vitellus au pourtour et au-dessous du germe. Cependant cette formation parablastique est moins développée que chez les Ganoïdes et les Cyclostomes, et l'auteur tend à considérer le parablaste comme une sorte d'organe atavique représentant la masse des grosses sphères de segmentation des œufs des ganoïdes.

La formation des feuillets blastodermiques aux dépens du germe segmenté, chez les téléostéens, peut-elle être comparée à celle de ces mêmes feuillets chez les autres vertébrés? Malgré les travaux nombreux publiés depuis quelques années, l'état de nos connaissances générales est insuffisant pour qu'une semblable étude puisse être entreprise avec fruit. Cependant le germe des téléostéens représente bien la blastula de l'amphioxus qui serait largement ouverte à sa partie inférieure, embrassant ainsi une partie du globe vitellin.

L'apparition de l'embryon est précédée, comme pour les amniotes, de la formation d'une ligne primitive, constituée par une sorte de repli, peu marqué, des bords du blastopore; le blastopore vitellin se confond avec la bouche de la gastrula, et se forme exactement en arrière de la ligne primitive. Cette conception de la ligne primitive des poissons, comparable à celle des amphibiens et des cyclostomes, est absolument différente de celle de Kupffer, qui considère comme ligne primitive le sillon médullaire primaire.

Pour le développement des différents organes, chacun des feuillets donne naissance aux mêmes formations que chez les autres vertébrés, mais le processus de développement est caractérisé non par un processus d'invagination, mais par ce que l'auteur appelle un *développement massif :* il consiste, par exemple pour l'axe nerveux central, dans la formation d'un épaississement local, ou, ailleurs, par l'apparition d'un bourgeon plein de l'un des feuillets; la cavité ne se produit que secondairement; de même pour la vésicule optique, la vésicule auditive, la partie moyenne de l'intestin, les proto-vertèbres, etc.

Le système nerveux central présente, à un certain moment de son développement, une segmentation transversale régulière, caractérisée surtout au niveau de la vésicule cérébrale postérieure. Chez la truite, l'existence de cette disposition est très précoce, de sorte que cette métamérie est peut-être un vestige d'une segmentation primitive, ancestrale, et non une disposition secondaire en rapport avec l'origine de certains nerfs.

La corde dorsale, dont l'origine est si controversée, provient de l'endoderme primaire; elle s'en sépare en même temps que les plaques mé-

sodermiques, dont elle a par conséquent la valeur morphologique; elle représente la partie médiane du mésoderme. Lorsque la corde dorsale et les plaques mésodermiques se sont séparées de l'endoderme primaire, il reste en contact avec le parablaste une couche cellulaire qui est l'endoderme définitif ou secondaire et qui devient l'épithélium de la cavité digestive. — Suivant Œllacher, la cavité cardiaque est dès le début unique et sur la ligne médiane de l'embryon ; d'après les observations de Henneguy, le cœur a une double origine; il se produit un tube endothélial à la partie interne de chaque *splanchnopleure*, et ces tubes se fusionnent ensuite sur la ligne médiane. Le pharynx est déjà fermé quand apparaissent les deux tubes cardiaques, dont l'existence indépendante est très courte. Quant aux parois du cœur, elles proviennent de cellules qui se détachent des lames latérales et pénètrent au-dessus et au-dessous de l'endothélium, pour se disposer ensuite en une couche continue.

Ces quelques extraits, absolument insuffisants pour donner une idée des nombreux résultats consignés dans ce travail, pourront cependant montrer comment l'auteur s'est attaché surtout à établir des faits, tout en s'occupant des théories auxquelles il ne donne cependant qu'une importance secondaire. MATHIAS DUVAL.

Sur l'hyaloïde et la zone de Zinn, par E. HACHE (*C. R. Soc. Biologie*, 8 *juin* 1889).

1° La limitante interne de la rétine n'existe plus à partir de l'ora serrata;

2° L'hyaloïde ne présente aucune modification d'épaisseur, de structure au niveau de la région ciliaire. Elle ne subit aucune division, et n'entre pas en rapport avec la cristalloïde, mais se réfléchit au niveau du sommet des procès ciliaires, pour se continuer sur leur bord libre, doublant ainsi toute la portion ciliaire de la rétine. Elle apparaît donc comme une membrane hyaline, très mince, séparant le corps vitré (mésodermiqne) de la rétine (ectodermique), rappelant, comme disposition et comme rôle, la lame vitrée de la choroïde et la basale du derme.

3° La zone de Zinn appartient en réalité au corps vitré ;

4° Les canaux de J.-L. Petit et de Hannover sont des produits artificiels dus à l'écartement des parties constituantes de la zone de Zinn.

PAUL LOYE.

Sur l'hygrométricité de la substance solide du corps vitré ; ses causes, son importance en physiologie et en pathologie, par E. HACHE (*C. R. Soc. Biologie*, 22 *juin* 1889).

L'hygrométricité du corps vitré tient à la substance fondamentale des lamelles connectives et au mucus qui imprègne ces lamelles. Cette propriété a pour but : 1° de maintenir dans le segment postérieur de l'œil un degré de tension capable d'assurer l'étalement de la rétine (c'est à la résistance qu'elle apporte à la sortie des liquides qu'on doit de pouvoir vider la chambre antérieure et extraire le cristallin sans danger pour la membrane nerveuse) : 2° de soustraire immédiatement, au fur et à mesure de leur production, les déchets rétiniens, de débarrasser ainsi la rétine de substances nuisibles et de permettre un renouvellement inces-

sant des matériaux nutritifs indispensables au bon fonctionnement de l'organe visuel.

Si l'hygrométricité augmente, le corps vitré absorbe et retient plus de liquide qu'à l'état normal ; il y a hypertonie oculaire et phénomènes glaucomateux. Si elle diminue, l'absorption est moins active et la fixité du liquide moins considérable ; il y a hypotonie, ramollissement du corps vitré, décollement de la rétine et phtisie de l'œil. PAUL LOYE.

Ueber die Function und den Bau der Schilddrüse, par LANGENDORFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 786, 2 *septembre* 1889).

1° Expériences sur les fonctions du corps thyroïde. Certains auteurs ont prétendu que cette glande a pour rôle d'éliminer ou de fixer un produit de la nutrition qui, lorsqu'il circule librement dans le sang, développe des effets toxiques. Pour vérifier la valeur de cette hypothèse, Langendorff a fait des injections chez des lapins avec des extraits aqueux de thymus et de thyroïde de chiens. Comme R. Ewald (*R. S. M.*, XXXII, 476) il a constaté que les injections sous-cutanées amènent une somnolence passagère. Les injections de faibles doses dans le sang, ou de quantités plus considérables dans la cavité abdominale entraînent une mort rapide, au milieu de coma et de convulsions. A l'autopsie, il n'a pas trouvé constamment de thromboses vasculaires.

Ces phénomènes rappellent ceux que Foa et Pellacani ainsi que Wooldridge (*R. S. M.*, XXXIII, 47) ont obtenus avec des extraits d'autres organes (cerveau, capsules surrénales, testicule). Il est donc douteux pour Langendorff qu'on puisse conclure de ces expériences à une toxicité spéciale du corps thyroïde, et il estime nécessaire de poursuivre les recherches avant qu'on puisse se prononcer.

2° Structure microscopique. Les études ont porté surtout sur les corps thyroïdes de chiens et de veaux. A côté des *cellules principales* à contenu clair, se colorant mal, qui sont en majorité dans les follicules, Langendorff décrit des éléments intercalés, affectant tantôt des formes bizarres, tantôt conservant la forme des cellules principales, et ayant un contenu homogène très réfringent qui offre les réactions colorées de la substance colloïde. Les noyaux de ces *cellules colloïdes* (lesquelles sont vraisemblablement identiques aux cellules en bâtonnet de Zeiss et qui, vues de la surface, peuvent représenter un réseau au sens de Baber) possèdent encore parfois la forme des noyaux des cellules principales, tandis qu'ailleurs ils sont allongés, comme comprimés, parfois même encore plus déformés, et se colorent plus profondément. Langendorff croit qu'il s'agit là d'altérations fonctionnelles de l'épithélium.

Chez le veau, il a trouvé en outre dans les cellules épithéliales, et attenant à la lumière des follicules, un filament granuleux plus ou moins large ou une zone granuleuse. En ce point, le corps de cellule est rempli de granulations, de grosseurs diverses, généralement arrondies. Baber a déjà décrit des éléments analogues, qu'il a rencontrés principalement chez le chien dans les follicules dont la lumière renfermait des globules sanguins en voie de régression; aussi les a-t-il regardés comme des débris de globules résorbés par les cellules épithéliales. Mais Langendorff ne peut pas admettre cette interprétation, car chez le veau il a fait les

mêmes constatations sur des follicules ne contenant pas trace de globules rouges.

La substance colloïde contient beaucoup d'albumine, et se rapproche beaucoup de maintes matières colorantes. Au point de vue physiologique, il est important de signaler, comme l'ont déjà fait de précédents observateurs, la présence de cette substance colloïde jusque dans les grandes voies lymphatiques du corps thyroïde. Les injections ne permettent pas de démontrer leur communication avec le contenu des follicules, mais, à la la suite de la fonte de l'épithélium, ce contenu peut se déverser non seulement dans un follicule voisin, mais aussi dans l'espace interfolliculaire, ainsi que l'a dit Biondi (*R. S. M.*, XXXIV, 18). J. B.

Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Säugethierherzens (Contribution à l'étude du développement du cœur des mammifères) par BORN (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXIII*, *Heft* 3, 1889).

L'auteur résume de la façon suivante les résultats auxquels il est arrivé. Dans le stade le plus jeune qui sert de point de départ à sa description le « sac auriculaire » (cône veineux de His) séparé en deux moitiés peu distinctes est placé tout à fait en arrière de l'anse ventriculaire. Une zone de passage reconnaissable seulement par sa direction différente conduit de l'extrémité supérieure de la moitié gauche de l'oreillette dans l'extrémité supérieure de la branche gauche de l'anse ventriculaire; tandis que la branche droite de celle-ci se prolonge en haut avec le bulbe aortique. Le fond presque tout entier du sac auriculaire s'ouvre dans le sinus sous-jacent, lequel à chacune de ses extrémités élargies reçoit les veines ombilicales, omphalo-mésentériques et les conduits de Cuvier. Après que le sinus s'est séparé de l'oreillette de manière à ne plus communiquer avec la moitié droite de celle-ci que par son extrémité droite, la zone de passage signalée plus haut et devenue canal auriculaire s'est déplacée vers le centre du cœur; chacune des moitiés ventriculaires pourra dès lors communiquer avec l'oreillette.

En même temps l'oreillette a changé de situation vis-à-vis du ventricule. Elle s'est relevée en haut et en arrière de lui et entoure maintenant de chaque côté, en se bilobant, l'origine du bulbe aortique. A l'embouchure de l'extrémité droite du sinus dans la moitié droite de l'oreillette se forment les valvules veineuses droite et gauche avec leur prolongement supérieur impair, le septum spurium. Entre les deux moitiés de l'oreillette se développe en arrière et en haut le « septum primum » qui s'accroît de haut en bas et limite par son bord le « l'ostium secundum » ou trou ovale. Au fur et à mesure que cet orifice s'agrandit, l'orifice primitif de communication entre les deux oreillettes ou « ostium primum » se rétrécit grâce à la descente progressive du « septum primum » qui vient enfin se fusionner avec les deux « bourrelets endocardiques » du canal auriculaire. Comme ceux-ci s'unissent d'autre part l'un à l'autre, il reste de chaque côté d'eux, un orifice qui constitue l'orifice auriculo-ventriculaire droit et gauche.

De la paroi supérieure de l'oreillette se développe maintenant une deuxième saillie en croissant qui limite l' « ostium secundum » et dont les extrémités se placent à côté de celles du « septum primum, » c'est le « septum secundum ». Après que les oreillettes se sont complètement

redressées au-dessus des ventricules le septum primum (valvule du trou ovale) et le septum secundum (anneau de Vieussens) prennent leur situation définitive l'un vis-à-vis de l'autre. Entre temps a pris naissance un tronc commun qui reçoit les veines inférieures des deux côtés et qui débouche dans l'extrémité inférieure de la corne droite du sinus; c'est la veine cave inférieure. Cette corne droite s'ouvre dans l'oreillette droite; l'espace inter-septal compris entre l'embouchure du sinus et la cloison inter-auriculaire disparaît. La corne gauche du sinus et son segment transversal devient l'extrémité cardiaque de la veine cave supérieure gauche (chez l'homme, le sinus coronaire); par suite les trois veines du corps s'abouchent directement avec l'oreillette droite à côté de la cloison. Chez le lapin, les valvules veineuses disparaissent presque complètement: chez l'homme on sait que la partie inférieure de la valvule droite devient la valvule d'Eustachi et de Thébésius.

La veine pulmonaire aboutit à l'oreillette gauche tout contre la cloison; primitivement, même chez l'homme, elle constitue un tronc simple; mais tandis que chez le lapin elle reste unique, chez l'homme elle s'élargit énormément dans le sens transversal de sorte que les branches qui y aboutissent paraissent déboucher directement dans l'oreillette.

Les deux bras de l'anse ventriculaire s'unissent par leur face adjacente et l'orifice inter-ventriculaire s'élargit vers le haut. Puis, par suite du rapprochement du canal auriculaire vers le centre du cœur, le pourtour droit de l'orifice ventriculaire du canal auriculaire s'insinue dans cet orifice inter-ventriculaire qui se trouve en outre rétréci par le septum inter-ventriculaire s'élevant de bas en haut et d'avant en arrière.

Enfin le septum inter-ventriculaire s'accroît jusqu'à la saillie droite des bourrelets endocardiques fusionnés et sépare ainsi les ventricules en ne laissant libre qu'une petite ouverture placée au-dessus des orifices auriculo-ventriculaires.

L'orifice auriculo-ventriculaire droit est placé tout contre le septum ventriculaire, le gauche en est séparé de toute la largeur des bourrelets endocardiques. L'espace tubulaire compris entre eux et la cloison ventriculaire devient l'origine de l'aorte, après que le septum aortique se sera soudé à la cloison. Ce qui reste de l'orifice inter-ventriculaire se trouve donc compris dans la lumière de l'aorte. A. NICOLAS.

Una osservazione di arco maxillo-temporale infra-jugale (Observation d'arc maxillo-temporal sous-jugal et sur la genèse de la bipartition de l'os malaire chez l'homme), par G. ROMITI (*Atti dell' Societa Toscana di scienze naturali, Pise*, 1888).

Le crâne qui fait l'objet de cette observation présentait, outre l'anomalie des os malaires, plusieurs autres particularités sur lesquelles l'auteur n'insiste pas.

L'os malaire droit se montrait divisé par une suture transversale en un malaire supérieur et un malaire inférieur ou pièce marginale, conformément au type le plus ordinaire (os japonicum ou hypomalaire). Le malaire inférieur est petit, sa hauteur de 6 millimètres, tandis que la hauteur du malaire entier est de 32 millimètres.

Le malaire gauche est plus bas que le droit et ne mesure que 30 millimètres; la pièce inférieure est également plus grêle et n'atteint qu'une

hauteur de 4 millimètres seulement. Cette pièce marginale n'est pas isolée, mais représente un prolongement de l'apophyse zygomatique du maxillaire supérieur correspondant. Elle se termine en arrière en s'articulant par une suture dentelée avec le sommet de l'extrémité distale de l'apophyse zygomatique du temporal. D'autre part, l'arc constitué par le prolongement du maxillaire supérieur se prolonge en dedans et en haut jusqu'à la moitié environ de la surface interne, temporale, du malaire.

L'auteur, après avoir fait ressortir l'extrême rareté de la disposition qu'il a observée (un seul cas de Dieterich), rappelle que l'arc sous-jugal se rencontre chez le Phoscolomys Wombat et pense expliquer la bipartition (côté droit) de l'os malaire par le détachement accidentel, à son origine, de l'arc sous-jugal du maxillaire. A. NICOLAS.

Il tubercolo di Darwin e la direzione dei peli nel padiglione dell' orecchio umano, par CHIARUGI (*Bollettino della sezione dei cultori dei sc. med. di Siena*, *Anno XI*, *fasc.* 2, 1889).

Le pavillon de l'oreille est pourvu de poils rudimentaires, évidents surtout chez le fœtus et chez l'enfant. Leur direction diffère suivant les régions. Sur la face externe ils ont une direction ascendante qu'ils conservent au niveau du bord libre du pavillon. Mais dans le tiers antérieur de celui-ci leur pointe se tourne en arrière et dans les deux tiers postérieurs elle se dirige en avant.

Il y a en somme deux « courants » de poils qui, à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs se rencontrent d'une part l'un avec l'autre, d'autre part avec les poils venus directement de la face postérieure. Il en résulte parfois une sorte de touffe bien évidente si l'on examine l'hélix par sa convexité.

Or quand le tubercule de Darwin existe, c'est précisément à son niveau que se rencontrent les courants de poils. Et puisque chez les animaux qui ont les oreilles poilues, c'est vers la pointe que se dirigent les poils, il semble résolu définitivement que le tubercule de Darwin est, ainsi que l'admit Darwin, le rudiment ou le vestige d'oreilles primitivement pointues. A. NICOLAS.

Das Darwins'che Spitzohr beim menschlichen Embryo (Le tubercule auriculaire de Darwin chez l'embryon humain), par SCHWALBE (*Anat. Anz.*, 31 *mars* 1889).

On sait que Darwin a émis l'idée que la pointe de l'oreille des mammifères est représentée chez l'homme et les singes par une saillie plus ou moins accentuée située sur le bord postérieur de l'hélix. Plusieurs auteurs ont élevé des objections contre la manière de voir de Darwin, refusant au tubercule qu'il décrivit la valeur d'une hétéromorphie. Ces objections tirées du peu de fixité de la situation du tubercule de Darwin, du caractère contingent de ce tubercule qui paraît dès lors n'être qu'un accident dans le développement de l'ourlet de l'hélix, tirées aussi de la disposition des oreilles chez les satyres et les centaures d'après les statuaires antiques, ces objections, Schwalbe les réduit à néant. Il montre que le tubercule de Darwin répond bien réellement à la pointe de l'oreille, et que c'est à lui qu'on doit faire aboutir une ligne partant de l'incisure antérieure du pavillon, qui mesurerait la longueur de l'oreille ;

la base ou largeur de l'oreille serait donnée par une ligne unissant les attaches supérieure et inférieure du pavillon. Autrefois on regardait comme donnant la longueur ou hauteur de l'oreille une ligne menée du lobule de l'oreille pour aboutir au sommet du pavillon, prolongé chez le satyre en une pointe.

Le tubercule de Darwin est très net chez l'embryon humain, bien que His ni Gradenigo ne le mentionnent nullement; chez l'adulte son évidence cesse le plus souvent d'être aussi complète. Chez l'embryon, le pavillon est semblable à celui de certains singes, et cette ressemblance peut se conserver chez l'adulte. Aussi sur un embryon de 5 mois, où le bord de l'hélix n'est pas encore enroulé, on peut partager ce bord en quatre régions séparées par trois angles; l'angle supérieur est « l'angle du sommet » le deuxième est « l'angle ou tubercule auriculaire de Darwin; » le troisième est dit simplement. « postéro-inférieur » En cet état le pavillon humain est semblable à celui du cercopithèque. Parfois ce n'est plus la forme cercopithèque, mais le type macaque qui est réalisé. Les singes anthropoïdes se comportent comme l'homme. Quant aux différences suivant les races humaines, dans certaines races inférieures le tubercule n'est pas aussi nettement représenté que dans la race blanche.

L'époque de l'apparition du tubercule de Darwin chez l'embryon humain n'a pu être déterminée avec précision par l'auteur. Quant à la destinée du tubercule, chez l'adulte, par le fait de l'enroulement de la marge de l'hélix, le tubercule tend à s'effacer, mais le plus souvent cependant il demeure visible. L'enroulement du bord de l'hélix chez l'homme est un processus secondaire, une réduction, puisque chez les mammifères le pavillon ne s'enroule pas. A. PRENANT.

Sulla esistenza di una radice dorsale rudimentare con ganglio per il nervo ipoglosso nell' uomo, par CHIARUGI (*Bolletino della sez. dei cultori dell. sc. med. Siena, anno VI, fasc.* 2).

Chez un enfant de deux ans et du côté droit l'auteur trouva accolé au tronc du nerf accessoire, précisément au point correspondant au groupe caudal (postérieur) des fibres radiculaires de l'hypoglosse, un très petit ganglion (1/5 de mm. environ) qui s'unissait par un court filament au groupe caudal en question. En examinant soigneusement ces parties à la loupe, il devint évident que le susdit ganglion n'avait aucune connexion avec le tronc du nerf accessoire sur lequel il était appliqué, mais qu'il était soutenu par un petit faisceau de fibres qui descendait en bas le long du nerf pour l'abandonner bientôt et s'unir au groupe des racines dorsales des 1er et 2e nerfs spinaux.

En somme, la portion caudale des fibres d'origine de l'hypoglosse recevait une racine dorsale, longue et grêle, pourvue d'un ganglion et qui se détachait du groupe des racines dorsales des 2 premiers nerfs spinaux.

Cette observation confirme l'opinion de Froriep qui a trouvé que, pendant son développement, l'hypoglosse est représenté par trois nerfs spinaux. Le postérieur possède une racine ventrale et une racine dorsale avec un petit ganglion; le moyen, une racine ventrale avec un ganglion rudimentaire dorsal; l'antérieur une racine ventrale seulement. Chez certains animaux (veau, porc, chien) l'hypoglosse a gardé ses racines

dorsales avec ganglion, chez l'homme adulte il n'a plus que ses racines ventrales. A. NICOLAS.

Contribution à l'étude des espaces portes du foie chez quelques vertébrés, par A. PILLIET (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., mai* 1889).

Dans le foie de vertébrés supérieurs, on a déjà signalé, au milieu des espaces conjonctifs, des cellules pigmentées ou chromoblastes. Etudiant le foie de vertébrés inférieurs tels que la cécilie, divers poissons et batraciens, l'auteur montre qu'il y existe un système de cellules groupées soit autour des veines portes, soit entre les travées des cellules hépatiques, soit enfin sous la capsule même du foie. Ces amas ont parfois un aspect qui rappelle celui des corpuscules de Malpighi de la rate. On y voit des éléments volumineux chargés d'une quantité plus ou moins considérable de pigment. Les chromoblastes du foie de la grenouille seraient un reste de ce système, qui se trouve très développé chez d'autres batraciens. Chez le protée ces formations sont disposées entre les cordons hépatiques d'une façon qui rappelle un peu les nodules des cellules centro-acineuses du pancréas décrites par Renaut. Ce système serait dans un rapport intime avec la fonction pigmentaire du foie ; chez les vertébrés inférieurs, dit l'auteur, le foie élabore de la bile et du pigment; chez les supérieurs, de la bile seule, sauf les cas pathologiques.

L'auteur profite de ses études sur le foie des vertébrés inférieurs pour montrer avec quelle précision on retrouve dans ces foies adultes les principales étapes du développement du foie des vertébrés plus élevés. Chez le syngnathe les cordons hépatiques sont ondulés et anastomosés comme chez le fœtus de mammifère; chez la cécilie ces cordons se rapprochent extrêmement des glandes en tubes. Ces divers faits donnent raison à la conception du lobule hépatique formulée par Sabourin et Brissaud. La prétendue lobulation du foie du porc (lobule classique) est simplement le résultat de ce que les cloisons connectives qui le parcourent rejoignent les grands espaces portes ; elle n'a donc nul rapport avec une formation lobulaire, et ce qui le prouve, c'est que chez le phacochère d'Afrique, les mailles du tissu conjonctif circonscrivent non pas une veine sus-hépatique et les cordons cellulaires de son domaine, mais deux, trois veines sus-hépatiques et plus. M. DUVAL.

Le placenta des rongeurs, par Mathias DUVAL (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., juillet* 1889).

Après avoir montré que la nature paradoxale du placenta du lapin et du cobaye devra sans doute être vérifiée pour nombre d'autres vertébrés, et notamment pour les chéiroptères et pour l'espèce humaine elle-même, d'après un récent travail de van Beneden, l'auteur aborde l'étude détaillée de la formation placentaire chez le lapin. L'élément anatomique de ce placenta est produit par des cellules fœtales ectodermiques, circonscrivant des lacunes où circule le sang maternel, c'est pourquoi cette formation est désignée sous le nom d'*ectoplacenta*. Son évolution est continue et complexe jusqu'à la fin de la gestation, et on doit y distinguer plusieurs périodes ; dans la première, qui va du début de la gestation jusqu'au dixième jour environ, l'ectoplacenta se constitue par l'établissement de puissantes assises cellulaires, ectodermiques, qui s'attachent

au terrain maternel et en reçoivent les vaisseaux ; c'est la *période de formation de l'ectoplacenta ;* viennent ensuite une période dite de remaniement et une période d'achèvement ; mais le présent mémoire est consacré uniquement à la période de formation.

Son étude nous montre la formation de deux épaississements de la muqueuse utérine, dits cotylédons utérins, au niveau desquels l'épithélium se transforme en une couche homogène, puis est résorbé ; à sa place se dispose la partie fœtale du placenta, dont l'apparition commence à la fin du septième jour de la gestation par un épaississement ectodermique dit *lame ectoplacentaire :* dans cette lame, les cellules superficielles prennent bientôt une disposition plasmodique (couche plasmodiale de l'ectoplacenta), tandis que les profondes restent à l'état de cellules distinctes. La couche plasmodiale végète par poussées qui pénètrent dans la muqueuse des saillies cotylédonaires et s'étendent autour des capillaires superficiels de cette muqueuse, en les entourant de plus en plus complètement. Bientôt, par le fait de la disparition de la paroi endothéliale de ces capillaires, ceux-ci se trouvent réduits à l'état de sinus creusés dans la substance de l'ectoplacenta ; c'est-à-dire que ces sinus sont limités par des éléments ectodermiques de l'embryon et sont remplis de sang maternel ; telle est l'origine des *lacunes* sangui-maternelles de l'ectoplacenta.

Ainsi, ni l'épithélium de la muqueuse utérine, ni ses glandes, ne prennent part à la formation de l'ectoplacenta, ni au début, ni par la suite. En effet, une fois l'ectoplacenta formé, son évolution ultérieure consistera essentiellement, par suite de l'arrivée des vaisseaux fœtaux allantoïdiens, en un remaniement qui en modifiera complètement l'aspect, le divisant en lobes et lobules, mais toujours sans qu'aux éléments d'origine fœtale vienne se joindre aucun élément maternel autre que les globules du sang de la mère circulant dans les lacunes devenues tubulaires. A. C.

Des insertions de l'aponévrose du grand oblique ; les ligaments de Fallope et Gimbernat n'existent pas, par NICAISE (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., septembre* 1889).

L'auteur s'attache à montrer qu'il n'y a pas de fibres allant de l'épine iliaque à l'épine pubienne, c'est-à-dire pas de véritable ligament de Fallope. Ce qu'on a décrit sous ce nom est le bord inférieur de l'aponévrose du grand oblique, bord qui, de dehors en dedans, se comporte successivement de la manière suivante : 1° il s'insère à l'épine iliaque ; 2° il s'insère à un raphé fibreux, intersection formée par la réunion du fascia lata, du fascia iliaca et de l'aponévrose du grand oblique ; ce raphé repose sur le psoas et représente le tiers externe de l'arcade fémorale ; 3° en dedans de ce raphé, l'aponévrose du grand oblique forme un pont fibreux qui limite en avant l'anneau crural. Enfin c'est toujours uniquement l'aponévrose du grand oblique qui forme, en s'insérant à la région du pubis, le ligament de Colles, les deux piliers de l'anneau inguinal externe et le prétendu ligament de Gimbernat. Toutes ces conclusions sont à peu près les mêmes que celles qui ont été exposées dès 1866, par l'auteur, dans les *Archives générales de médecine.* M. D.

Des transformations épithéliales de la muqueuse du vagin de quelques rongeurs, par H. MORAU (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol., mai* 1889).

Les exemples de transformations épithéliales régulières, rythmiques,

ne sont pas nombreux. Le vagin des rongeurs (souris, rat, cobaye, etc.) en offrent un cas bien caractérisé. A l'époque du rut, par exemple chez une femelle qui vient de recevoir le mâle et chez laquelle le bouchon vaginal est encore en place, l'épithélium du vagin est pavimenteux, stratifié et présente une couche cornée, identique en tous points à celle de l'épiderme. Les jours suivants la couche cornée disparaît par places, puis complètement, et l'épithélium évolue vers le type muqueux, au point qu'au onzième jour toutes les cellules sont cylindriques, et les superficielles, volumineuses, turgescentes, deviennent caliciformes. Si la femelle a été fécondée, cet état persiste en s'exagérant jusqu'au moment de la parturition. S'il n'y a pas eu fécondation et gestation consécutive, on voit, à partir du dixième jour, se faire la régression vers la forme primitive au moment du rut, c'est-à-dire vers l'état pavimenteux stratifié. M. D.

Vaginalepithel und Vaginaldrüsen (**Sur l'épithélium et les glandes vaginales**), **par VEITH** (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiolog.*, *Band CXVII*, *Heft* 1).

Veith soumet à des coupes séries la muqueuse du vagin empruntée à six points différents sur 30 femmes d'âge varié. Le chorion ou derme de la muqueuse n'est pas lisse, mais présente de nombreuses papilles simples, bifurquées ou trifurquées. L'épithélium est pavimenteux stratifié, et il envoie, de distance en distance, des bourgeons pleins dans l'intérieur du chorion. Les figures de Veith montrent les formes variables qu'affectent ces bourgeons épithéliaux : les uns sont simples et cylindriques, les autres se divisent dans la profondeur et ont un aspect lobé; d'autres se renflent dans le fond et ont la forme de massues, etc.

En raison de la structure de ces bourgeons épithéliaux, que les uns ont décrits sous le nom de cryptes, tandis que les autres les ont regardés comme des glandes, Veith leur refuse le rang de glandes véritables : ce sont des dépressions épithéliales pleines, qui ont conservé l'épithélium pavimenteux stratifié de la muqueuse.

D'après ces faits, le vagin manquerait de glandes, si Veith n'avait rencontré des exceptions. En effet, sur une femme de 55 ans, il a observé, à $1^{cm},05$ au-dessus de l'entrée du vagin, une agglomération de glandes si nombreuses que chaque coupe en offrait de 3 à 5 (paroi antérieure et postérieure du vagin). Ces organes avaient des acini pourvus d'une lumière centrale et un long canal excréteur. Ils présentaient tous les caractères des *glandes sébacées*.

Comme conclusion générale, Veith est d'avis qu'il convient de regarder le vagin comme privé de glandes, mais il peut arriver que la portion inférieure du vagin contienne des glandes *aberrantes* semblables et continues à celles de la vulve. ED. RETTERER.

Ueber die Innervation des Magens (**L'innervation de l'estomac**), **par OPENCHOWSKI** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 25, *p.* 577, 24 *juin* 1889).

1° L'automatisme du *cardia* est dû, chez le lapin, à 11 groupes de cellules ganglionnaires de structure analogue à celle des ganglions cardiaques. Ces groupes ganglionnaires se trouvent reliés avec les systèmes pneumogastrique et sympathique ils ne doivent pas être confondus

avec le plexus d'Auerbach. Les centres cérébraux pour les contractions du cardia se trouvent dans la région des tubercules quadrijumeaux postérieurs. Les fibres qui en partent suivent surtout le pneumogastrique et se terminent toutes dans le plexus d'Auerbach. Elles émergent de la moelle, depuis la 5e à la 8e vertèbre thoracique, puis par les 2 splanchniques.

Le centre cérébral pour l'ouverture du cardia est le point d'origine du nerf dilatateur du cardia, qui se trouve à l'union de l'extrémité inférieure du noyau caudé avec le noyau lenticulaire, au voisinage de la commissure antérieure. La moelle contient aussi jusqu'à la 5e vertèbre cervicale des centres pour l'ouverture du cardia.

Chez les animaux, on peut provoquer des mouvements réflexes, en irritant les reins, l'utérus, la vessie, l'intestin, etc.

2° Les parois de l'*estomac* (entre le cardia et le pylore) ne contiennent que peu de ganglions automoteurs. Les mouvements péristaltiques s'observent au niveau même du cardia et du pylore, mais il n'en existe pas dans la région cardiaque de l'estomac. Les centres cérébraux de ces contractions occupent les tubercules quadrijumeaux, les centres d'arrêt occupent la partie supérieure de la moelle.

3° L'automatisme du *pylore* dépend de 7 groupes de cellules ganglionnaires.

Le centre du nerf dilatateur arrête aussi les mouvements du pylore, mais ne l'entr'ouvre pas; des centres d'arrêt se trouvent encore dans les tubercules quadrijumeaux. Ce sont les olives qui président à l'ouverture du pylore.

Le centre cortical d'ouverture du cardia est un centre de contractions pour le pylore. A la suite d'excitations périphériques, le nerf dilatateur devient constricteur du pylore. Les centres pour les contractions du pylore sont dans les tubercules quadrijumeaux.

L'estomac prend une part active dans les phénomènes des vomissements. Les vomitifs doivent être rangés en 2 classes : ceux qui agissent centralement, et ceux qui agissent par action réflexe partie de l'estomac. Le vomissement d'origine centrale est rendu impossible par la résection des tubercules quadrijumeaux, par la section de la moelle jusqu'à la 5e vertèbre dorsale, etc. Quant aux vomissements d'origine réflexe, ils s'opèrent par l'intermédiaire des pneumogastriques. J. B.

Des voies collatérales de la circulation veineuse du membre inférieur, par JABOULAY et CONDAMIN (*Lyon méd.*, 29 *septembre* 1889).

Les expériences faites par les auteurs (ligatures de la veine fémorale, injection d'un liquide coloré par les veines de la jambe) les conduisent à admettre trois voies de retour collatérales principales :

1° Une voie postérieure, la plus large, empruntant les veines ischiatiques et fessières.

2° Une voie antéro-interne par l'intermédiaire des honteuses externes, obturatrices et quelques veinules du côté opposé.

3° Une voie postérieure profonde, empruntant les veines rachidiennes, sacrées, lombaires et azygos. A. C.

Sur le développement de l'ongle chez le fœtus humain jusqu'à la naissance, par F. CURTIS (*Journal de l'Anat. et de la Physiologie*, 2e *fasc.*, *XXV*, 1889).

L'hypothèse de l'origine de l'ongle dans la gouttière unguéale, d'où il émergerait comme un poil de son follicule, n'est confirmée par aucun fait. Cette gouttière n'a d'autre valeur morphologique qu'un segment quelconque du lit de l'ongle : c'est donc l'étude de ce lit qui est essentielle.

A cet égard il faut distinguer un *lit primitif* qui, dès la première semaine du troisième mois, se délimite par un sillon périphérique dû à une simple prolifération épithéliale : ce lit primitif se subdivise en deux parties très inégales, l'une postérieure ou dorsale, plus grande, qui constitue, à partir du cinquième mois, le *lit définitif*, et l'autre antérieure, étroite, située d'abord au bout du doigt, presque à la région palmaire, et qui, subissant le déplacement dorsal signalé par Zander, devient plus tard la région de l'angle de l'ongle, et est l'homologue de la sole des solipèdes.

Les évolutions qui se passent au niveau du lit définitif peuvent être divisées en trois périodes :

1° *Période de l'éponychium*, caractérisée par l'apparition de cellules à éléidine et la formation d'un stratum corneum (décrit par Hunna, sous le nom d'éponychium). Cet éponychium, vers la fin du quatrième mois, refoulé par le développement de nouvelles couches sous-jacentes, se déchire au milieu du lit, et ses deux extrémités seules persistent, la postérieure formant le *perionix*, l'antérieure se présentant comme une couche cornée, épaisse, persistant dans la région de l'angle de l'ongle.

2° *Période de l'ongle primitif*, caractérisée par la différenciation, au centre du lit, au milieu du corps muqueux, de cellules à grains de kératine, formant la matrice primitive, donnant naissance à une lame indépendante, à structure lâche, irrégulière, s'exfoliant superficiellement. Cette lame est l'*ongle primitif*, dont le développement s'étend d'avant en arrière, et qui, par une substitution lente et continue, déplace et remplace l'éponychium.

3° Enfin, depuis le milieu du cinquième jusqu'au début du neuvième mois, la partie de la matrice primitive qui occupe l'entrée de la gouttière forme une zone cellulaire dite *matrice définitive* (aire pigmentée de Renaut), qui, occupant la région lunulaire, est caractérisée par ses cellules polyédriques, remplies de granulations de substance onychogène. L'évolution de ces cellules amène la production de couches unguéales nouvelles, plus denses, sans tendance à l'exfoliation superficielle : c'est l'*ongle définitif*, qui, par une substitution lente et continue, déplace et remplace l'ongle primitif, lequel seul finit par proéminer en avant et présenter un bord libre.

On ne voit donc, à aucun moment, un rudiment d'ongle, aussi petit qu'il soit, apparaître, formé de toute pièce, au milieu du corps muqueux. La production d'un éponychium, d'un ongle primitif, d'un ongle définitif, sont trois faits qui s'enchaînent et se succèdent, la genèse de l'ongle étant un phénomène absolument continu d'évolutions épithéliales à modalités successives (cellules à éléidine, cellules à kératine, cellules à substance onychogène). M. DUVAL.

De la méthode thermo-chimique; ses avantages. — Parallèle de la méthode thermo-chimique et de la méthode des coupes. — De l'appareil vasculaire des animaux et des végétaux étudié comparativement par la méthode des coupes et par la méthode thermo-chimique, par SAPPEY (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 17 *juin*, 1er *juillet et* 20 *août* 1889).

Pour l'étude de la structure intime des tissus et des organes, la méthode thermochimique repose sur l'association de l'action calorifique à l'action chimique. Des parties sont immergées par exemple dans une solution d'acide chlorhydrique au 6e pendant 24 heures, puis soumises à l'ébullition dans une solution d'acide chlorhydrique au 40e. Cette double action donne des résultats parfaits pour l'étude des parties fibreuses, l'examen des muscles lisses, de la peau, des glandes, etc.; d'une manière générale, elle a pour résultat de ramollir l'élément fibreux, de le transformer en une sorte de pulpe molle et transparente, et de mettre ainsi en pleine évidence tous les autres éléments sans leur faire subir la moindre altération. C'est grâce à l'emploi de cette méthode que Sappey a pu étudier les glandes gastriques en tube ramifié, la couche ovigène de l'ovaire, etc. A cet égard, cette méthode complète celle des coupes : elle atteint les organes premiers, et la méthode des coupes atteint les cellules qui composent ces organes premiers. Ces deux méthodes doivent être associées et donnent alors des résultats complets. Cependant, appliquée à l'étude de l'appareil vasculaire, soit des animaux, soit des végétaux, la méthode thermo-chimique est plus avantageuse, car elle est plus rapide et se prête à des analyses plus complètes et plus satisfaisantes. M. DUVAL.

PHYSIOLOGIE.

Étude critique et expérimentale sur la température cérébrale à la suite d'excitations sensitives et sensorielles, par T. DORTA (*Thèse de Genève*, 1889).

L'auteur reprend, avec des moyens un peu différents, les expériences par lesquelles Schiff en 1870 a pensé établir l'échauffement des centres nerveux à la suite d'irritations sensitives et sensorielles. Il rappelle d'abord ces expériences et critique celles qui ont été exposées plus tard par Corso (1881) et par Tanzi et Musso (1887). Il procède en introduisant les aiguilles thermoélectriques dans la substance cérébrale. Ces aiguilles sont composées de fer et de pakfong. L'une d'elles est introduite, par trépanation, dans la masse cérébrale; la seconde est poussée à travers la membrane tympanique dans l'oreille moyenne. — On opère chez le lapin. — Le galvanomètre est le micro-galvanomètre de Rosenthal. — Lorsque l'aiguille est en équilibre, ou plus exactement lorsque ses oscillations sont devenues périodiques, on irrite mécaniquement la peau de l'animal, l'œil, ou bien on excite le sens auditif par un sifflement intense. On observe alors un mouvement de l'aiguille qui traduit un

accroissement de la température cérébrale. — Si l'on élimine l'hypothèse de changements vaso-moteurs ou d'excitations psychiques (pour ce dernier point l'expérience réussit encore quelques minutes après la mort de l'animal), on devra conclure du fait de l'accroissement thermique cérébral, supposé bien établi, que l'excitation sensitive ou sensorielle s'accompagne de production de chaleur. A. D.

Transmission de la sensibilité à travers les nerfs de mouvement, par **A. MARCACCI** (*Laboratorio di fisiologia dell' università di Perugia*, 1889).

Les expériences instituées dans le but de prouver la conduction indifférente des cordons nerveux se ramènent à deux catégories : dans la première les arguments de Kühne sur la contraction paradoxale et ceux de Babuchin et Mantey sur les nerfs moteurs de la torpille, d'où résulterait que le nerf moteur peut conduire dans le sens centripète; la seconde catégorie comprend les expériences de Bidder et Vulpian sur la soudure du lingual et de l'hypoglosse et celles de P. Bert sur la soudure de la queue à la peau du dos d'un rat, qui tendraient à prouver que l'excitation sensitive peut être conduite par le cordon moteur. Mais ces expériences sont sujettes à l'objection que l'on n'a pas réellement mis en rapport un filet nerveux moteur et un filet sensitif. Marcacci se met à l'abri de cette objection en opérant sur les racines motrice et sensitive de la moelle : il unit le bout central d'une racine motrice avec le bout ganglionnaire d'une racine sensitive, par le moyen d'un tube osseux décalcifié et résorbable. Les animaux (chiens) ont guéri sans présenter de troubles appréciables. En serrant la racine sensitive, on a provoqué chez l'animal des signes manifestes de douleur : de même en l'excitant par l'électricité. L'excitation a été conduite par les fibres motrices aux cellules des cornes antérieures et probablement de là aux cellules sensitives de la corne postérieure. — Marcacci a pratiqué aussi la soudure du tronc périphérique de la racine motrice avec le tronc central de la racine sensitive. L'excitation de celle-ci a provoqué des mouvements. A. D.

Zur Lehre von der Innervation des Froschherzens (Sur la théorie de l'innervation du cœur de la grenouille), par **A. TALJANZEFF** (*Centralblatt für Physiologie*, *p.* 324, 1889).

L'auteur résume de la façon suivante les résultats de ses recherches :

J'ai étudié l'influence du courant constant et du courant induit sur le cœur de grenouille en place, en usant du procédé de Bernstein, qui consiste à isoler certaines parties du cœur en les enserrant au moyen d'une pince.

Le courant constant fut appliqué sur :

A. — Pointe du cœur isolée par la pince; les électrodes sur la ligne de pincement et la pointe.

B. — Moignon de cœur; les électrodes sur :

α) ligne de pincement et pointe du cœur;

β) sinus et pointe.

C. — Le cœur entier; les électrodes sur :

α) sinus et pointe;

β) oreillette et pointe;

γ) sinus et veine cave inférieure;

δ) oreillette et sinus.

M. — Influence du pneumogastrique sur le cœur galvanisé et sur le cœur à pointe incomplètement isolée par pincement.

Le courant induit fut appliquée sur :

A¹. — Pointe du cœur isolée par la pince ;

B¹. — Moignon de cœur; les électrodes sur :

α) pointe du cœur et ligne de pincement ;

β) portion pulsatile des oreillettes et pointe du cœur;

γ) pointe du cœur et veine cave inférieure;

δ) les deux électrodes sur le sillon auriculo-ventriculaire.

C. — Le cœur entier; les électrodes sur :

α) veine cave inférieure et pointe;

β) oreillettes et pointe;

γ) sinus et oreillettes;

δ) les deux électrodes sur le sinus;

ε) les deux électrodes sur les oreillettes.

N. — Excitation du sinus de la veine cave inférieure et de la pointe du cœur, oreillette et pointe du cœur — sur un cœur atropinisé.

Les trois éléments de l'appareil moteur du cœur, le muscle, les ganglions de Bidder du sillon auriculo-ventriculaire et l'appareil automatique du sinus peuvent tous trois être excités par le passage du courant constant. Le nombre de pulsations se trouve alors augmenté. Si le courant est faible, il n'excite le muscle qu'au moment de l'ouverture et à celui de la fermeture. L'appareil modérateur n'est pas excité par le courant constant; il ne réagit qu'au moment de l'ouverture et à celui de la fermeture.

L'excitation du pneumogastrique produit l'effet modérateur sur le cœur à pointe incomplètement isolée par la pince et sur le cœur galvanisé.

Le courant induit agit sur tous les éléments du cœur, y compris l'appareil modérateur. LÉON FREDERICQ.

Versuche über die Ausfallserscheinungen der Stimmbandbewegung des Nervus recurrens (Expériences sur la suppression des mouvements de la corde vocale par réfrigération du nerf récurrent), par B. FRAENKEL et J. GAD (*Centralblatt für Physiologie, p.* 49, 1889).

On sait que les maladies organiques du nerf récurrent présentent comme symptôme temporaire la position médiane de la ou des cordes vocales. S'agit-il d'une paralysie du muscle crico-aryténoïdien postérieur comme le veut la règle de Semon, ou au contraire faut-il admettre avec H. Krause une contracture des muscles qui provoquent l'occlusion de la glotte? Pour résoudre ce problème, les auteurs ont eu recours à la méthode de la réfrigération du nerf récurrent, obtenue par contact avec une surface métallique fortement refroidie (*Thermode*). Le refroidissement supprime ou ralentit le fonctionnement du nerf, sans que ce dernier passe par une phase d'excitation, comme c'est le cas à la suite de la section ou de la ligature. Un refroidissement modéré du nerf paralyse en premier lieu le muscle crico-aryténoïdien postérieur : on constate alors à l'inspection de la glotte (par en haut, ou par en bas à travers une fenêtre de la trachée) que, du côté paralysé, la corde vocale occupe exactement la position médiane sagittale et s'en écarte fort peu pendant l'inspiration,

à moins que celle-ci ne soit très profonde, tandis que les excursions inspiratoires sont très marquées du côté non paralysé. Si l'on réchauffe le nerf, les excursions respiratoires de la corde vocale se rétablissent au bout d'une à deux minutes du côté opéré. Si le refroidissement est poussé plus loin (congélation du nerf), toute la musculature de la corde vocale sera paralysée et la corde vocale prendra la position cadavérique.

LÉON FREDERICQ.

Ein physiologisches Paradoxon, betreffend die Innervation des Kehlkopfes (Un paradoxe physiologique concernant l'innervation du larynx), par Sigm. EXNER (*Centralblatt für Physiologie, p.* 115, 1889).

Möller a montré que la section du nerf laryngé supérieur produit chez le cheval la dégénérescence des muscles du côté opéré, et cependant ce nerf ne contient ici aucun filet moteur pour le larynx; en effet, son excitation ne produit aucune contraction musculaire. C'était, semblait-il, un exemple authentique de nerf trophique proprement dit. Exner avait signalé un fait analogue pour certains filets du laryngé supérieur du lapin.

Exner s'est récemment convaincu que la section du laryngé supérieur amène immédiatement chez le cheval la paralysie de la corde vocale et de la moitié correspondante du larynx. Comme cependant ce n'est pas le nerf moteur du larynx, Exner est conduit à supposer que la paralysie est ici d'origine réflexe et due à la suppression des innervations centripètes auxquelles présidaient les fibres sensibles du larynx. La dégénérescence qui suit la section du laryngé supérieur serait due, non à la section des fibres trophiques, mais au manque de fonctionnement des muscles.

Si l'explication donnée est exacte, elle indique une indépendance remarquable dans les conditions d'innervation motrice des deux moitiés du larynx, puisque l'innervation motrice du côté gauche est supprimée dès que la muqueuse du même côté devient insensible.

LÉON FREDERICQ.

De l'innervation des glandes molaires inférieures. Nerfs excito-sécrétoires, par MOUSSU (*C. R. Soc. Biologie*, 8 *juin* 1889).

La glande salivaire molaire inférieure n'appartient pas au système salivaire postérieur ou système des glandes séreuses : elle doit prendre place parmi les glandes muqueuses, à salive visqueuse, du système antérieur. Chez le chien, la salive fournie par cette glande est d'une viscosité telle qu'elle se tient totalement en masse.

Les nerfs excito-sécrétoires des parotides partent de la racine motrice du trijumeau et non du facial. Les nerfs excito-secrétoires de la parotide sont sensibles.

PAUL LOYE.

Ueber den Einfluss der Hirnrinde auf die Speichelsecretion (Influence de la zone corticale sur la sécrétion salivaire, par BETCHEREW et N. MISLAWSKY (*Neurologisches Centralblatt*, *n°* 20, 1888).

Lépine et Bochefontaine (1875) ont provoqué la sécrétion sous-maxillaire par l'excitation du lobe antérieur des hémisphères cérébraux. Kulz

(1875) n'a rien obtenu en excitant le centre facial. — Betcherew et Mislawsky, en reprenant ces expériences, trouvent comme éminemment active la région de la 4e circonvolution située au-dessus de la scissure de Sylvius. Des courants très faibles suffisent à provoquer la sécrétion. Des excitations plus fortes deviennent efficaces lorsqu'elles sont appliquées sur le gyrus sygmoïde en avant du sillon crucial, aussi bien pour la sécrétion parotidienne que pour la sécrétion sous-maxillaire. L'excitation du lobe frontal n'a point d'effet. La section de la corde du tympan supprime l'effet secrétoire : celle du sympathique n'a pas d'influence. A. D.

Die Mechanik der Tricuspidalklappe (Le mécanisme de la valvule tricuspide), par Ludolf KREHL (*Archiv für Anat. u. Physiologie; phys. Abth.*, *p.* 288, 1889).

L'auteur admet que la fermeture des valvules auriculo-ventriculaires précède le début de la contraction des ventricules, attendu, dit-il, que l'on n'observe aucune augmentation de pression, ni aucune régurgitation de sang dans les oreillettes au début de la systole ventriculaire. L'auteur cherche à expliquer la façon dont la valvule tricuspide est maintenue fermée avant la contraction ventriculaire. Nous ne le suivrons pas dans son raisonnement, attendu que l'inexactitude de son point de départ a été démontrée il y a bon nombre d'années pour le cœur du cheval par Chauveau, et plus récemment pour le cœur du chien par nous-même. Les graphiques de pression auriculaire montrent nettement une brusque augmentation de pression correspondant à la projection et à la tension des valvules auriculo-ventriculaires et coïncidant avec le début de la systole ventriculaire. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Herzmuskelton (Sur le bruit musculaire du cœur), par Ludolf KREHL (*Archiv für Anat. u. Physiologie, phys. Abtheil.*, *p.* 252, 1889).

La poitrine d'un chien vivant est ouverte par une section médiane longitudinale du sternum, et le cœur mis à nu. L'auteur introduit par chacun des auricules un petit instrument qui écarte à un moment donné de chaque côté les valvules auriculo-ventriculaires et les empêche de se refermer. A l'auscultation (au moyen d'un stéthoscope biauriculaire) il est impossible de distinguer la moindre différence dans le premier bruit du cœur suivant que les valvules fonctionnent normalement ou suivant qu'elles sont maintenues écartées.

D'ailleurs si on ausculte le cœur d'un chien dont les carotides sont ouvertes alors que l'hémorragie a enlevé à l'animal la plus grande partie de son sang et que le second bruit a disparu, le premier bruit se fait encore entendre avec force pendant un certain temps. Les vibrations des valvules auriculo-ventriculaires ne jouent donc pas le rôle principal dans la production du premier bruit.

La contraction des oreillettes s'accompagne également d'un bruit spécial que l'on perçoit fort bien alors que les ventricules ont cessé de battre et sont envahis par les contractions fibrillaires du *délire du cœur*.

L'auteur se demande si le bruit supplémentaire (*galop*) que l'on entend dans certains cas pathologiques ne doit pas être rapporté à ce bruit auriculaire. LÉON FREDERICQ.

Contribution à l'étude photométrique du spectre d'absorption du sang chez diverses espèces animales, par E. LAMBLING (*Revue biologique du nord de la France, n° 5, février* 1889).

La détermination des constantes photométriques du sang de chien et de l'hémoglobine cristallisée qu'on en peut retirer a prouvé leur identité optique. Le quotient des rapports d'absorption est numériquement le même pour le cheval, le lapin, le chien et d'autres mammifères (Hüfner). C'est là une grande présomption de l'identité de l'hémoglobine de ces différents animaux. Lambling étend ces déterminations à d'autres animaux : grenouille, cyprin, anguille, lombric. La valeur de la constante est diminuée pour les vertébrés à sang froid, et plus encore chez l'invertébré ; cependant la position des bandes d'absorption et l'apparence du spectre sont les mêmes que chez les mammifères. A. D.

Die Bedeutung des Mittelhirns für die Athmung (Importance du cerveau moyen pour la respiration), par M. MARCKWALD (*Zeitschrift für Biologie, XXVI, p.* 258, 1889).

La section transversale du système nerveux central pratiquée au-devant des centres respiratoires de la moelle allongée ne modifie pas essentiellement le rythme des mouvements respiratoires. De même la section isolée des deux pneumogastriques a seulement pour effet de rendre les mouvements respiratoires plus lents et plus profonds.

Mais si l'on combine les deux opérations, si l'on soustrait les centres respiratoires à la fois à l'influence des pneumogastriques et à celle des centres nerveux supérieurs, aussitôt le rythme régulier et normal fait place à de longs accès tétaniques d'inspiration séparés par des pauses plus ou moins longues. Le résultat est le même, que l'on ait sectionné en premier lieu les pneumogastriques ou la partie supérieure de la moelle allongée.

Quelles sont les parties supérieures du système nerveux dont l'intégrité importe tant à la production normale des mouvements respiratoires ? (les pneumogastriques étant coupés). L'auteur a cherché à résoudre cette question en suivant une méthode nouvelle de destruction des centres nerveux, méthode consistant à arrêter la circulation dans une partie des vaisseaux du cerveau par le moyen d'une injection de paraffine et d'huile (point de fusion 40 à 41°) poussée par une petite seringue graduée (microseringue de Beck) dans les carotides ou les vertébrales. Suivant la quantité de liquide solidifiable employé et suivant le vaisseau par lequel est poussée l'injection, l'auteur supprime le fonctionnement de parties plus ou moins étendues des centres nerveux supérieurs et peut observer l'effet que leur destruction non sanglante exerce sur le système respiratoire des animaux à pneumogastriques coupés.

Il a constaté de cette façon que l'influence spéciale que les centres supérieurs exercent sur les centres respiratoires (conjointement à l'action du pneumogastrique) émane des tubercules quadrijumeaux postérieurs et du noyau sensible du trijumeau. Les tubercules postérieurs quadrijumeaux exercent sur les centres respiratoires une action permanente, tonique, comparable au *tonus* des pneumogastriques. Le noyau sensible du trijumeau n'a pas normalement de *tonus*. Son *tonus* ne se développe qu'après la destruction des tubercules quadrijumeaux. LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber die Ursache des ersten Athemzuges (Sur la cause du premier mouvement respiratoire, par G. HEINRICIUS (*Zeitschrift für Biologie*, *XXVI*, *p.* 137, 1889).

II. — Ueber die Herzvagi bei Föten und Neugeborenen (Sur les fibres cardiaques du pneumogastrique chez le fœtus et le nouveau-né), par G. HEINRICIUS (*Ibidem*, *XXVI*, *p.* 197, 1889).

III. — Ueber die Bedeutung der Lungenvagi bei Neugeborenen (Sur la signification des fibres respiratoires du pneumogastrique chez les nouveau-nés, par G. HEINRICIUS (*Ibidem*, *XXVI*, *p.* 186, 1889).

IV. — Ueber den Einfluss der Bauchfüllung auf Circulation und Respiration (Influence du degré de réplétion de l'abdomen sur la circulation et la respiration), par G. HEINRICIUS (*Ibidem*, *XXVI*, *p.* 113, 1889).

I. — L'auteur expose avec détails l'historique de la question. Nous nous bornons à relater les résultats de ses expériences :

Expériences 1 à 9. Chez le fœtus extrait du corps maternel et chez le nouveau-né (chiens, chats, lapins), la respiration se trouve, comme chez l'adulte, sous la dépendance de la moelle allongée. La section transversale des centres nerveux pratiquée en avant et en arrière de la moelle allongée supprime immédiatement la respiration.

Expériences 10 à 19. Chez les animaux nouveau-nés, la respiration peut continuer à s'exécuter (fort ralentie) pendant plusieurs minutes, quoique la circulation soit arrêtée (par extraction des viscères).

Expériences 20 à 22. Une injection de sang maternel défibriné, pratiquée par la veine ombilicale sur deux fœtus de chatte (extraits) et par la veine jugulaire externe (la carotide étant ouverte dans cette dernière expérience) sur un fœtus de chienne ne provoque pas d'apnée mais plutôt de la dyspnée.

Expériences 23 et 24. Une infusion de solution physiologique de NaCl remplaçant le sang du fœtus rend les mouvements respiratoires rares et profonds, mais sans provoquer de véritable dyspnée. La respiration ne tarde pas à s'arrêter.

Expériences 26 à 30. On arrête la circulation placentaire chez des chiennes ou des lapines pleines, soit en comprimant l'aorte, soit en tuant l'animal par hémorragie, avec ou sans infusion ultérieure de solution physiologique destinée à laver l'appareil circulatoire de la mère. Les fœtus continuent à vivre : dans certains cas, ils exécutent des mouvements respiratoires, quoiqu'ils soient laissés en rapport avec le placenta maternel.

Expériences 31 à 37. On pratique la trachéotomie sur des fœtus à terme ou chez des mammifères nouveau-nés, puis la tête est plongée dans la solution physiologique tiède, ou bien cette solution est versée par l'œsophage dans la direction de la trachée et des narines, ou bien les premières voies respiratoires sont remplies de paraffine liquide. Dans ces différents cas, le rythme respiratoire se trouve fortement ralenti, mais l'apnée ne s'établit cependant dans aucun cas. On ne peut donc attribuer l'apnée intra-utérine à une action d'inhibition due au contact du liquide amniotique avec les premières voies respiratoires du fœtus.

Expériences 38 à 42. La ligature des carotides pratiquée sur des fœtus en place *in utero*, avec conservation de la circulation placentaire, peut provoquer de la dyspnée. Après ligature en masse du cou, les fœtus ne respirent pas et n'exécutent que quelques rares mouvements respiratoires.

Dans l'expérience 43, l'auteur cherche, chez un fœtus à terme de chien, à augmenter la proportion de sang contenue dans la tête, par compression des viscères abdominaux (injection intrapéritonéale de solution physiologique). Dans ce cas l'hyperémie cérébrale ne produit pas de dyspnée.

Expérience 44. L'excitation électrique de la région des splanchniques (irradiation de l'excitation vers la moelle épinière ?) provoqua des mouvements respiratoires chez un fœtus de chien qui n'avait pas encore respiré. L'auteur a constaté également l'excitation des centres respiratoires par le massage des viscères abdominaux chez des fœtus à terme et chez des animaux nouveau-nés.

II. — L'excitation électrique des pneumogastriques droit et gauche pratiquée chez un chien nouveau-né et chez plusieurs fœtus à terme provoqua le ralentissement et l'arrêt du cœur, comme chez l'adulte. Le pneumogastrique droit paraît exercer sur le cœur une action arrestatrice plus énergique que le gauche.

III. — La section des pneumogastriques pratiquée sur des chiens nouveau-nés a pour résultat de rendre les mouvements respiratoires plus lents et plus profonds. L'excitation électrique du bout central du nerf coupé provoque un tétanos d'inspiration. La section transversale des centres nerveux au-dessus de la moelle allongée rend également la respiration plus profonde et plus lente. La section ultérieure des pneumogastriques accentue le phénomène. L'auteur n'a pas observé les accès de convulsions inspiratoires alternant avec de longues pauses que Marckwald a signalés dans ces conditions chez des animaux adultes. Les nouveau-nés et les fœtus à terme possèdent donc déjà l'appareil nerveux complet qui préside à la régulation de la respiration.

IV. — Désirant élucider l'influence que la grossesse exerce sur la respiration et la circulation, l'auteur a cherché à réaliser expérimentalement un état de réplétion de l'abdomen analogue à la grossesse. Il injecte dans la cavité péritonéale du lapin, au moyen d'une canule appropriée, des volumes croissants de solution physiologique tiède et inscrit la pression artérielle et la courbe respiratoire pendant l'injection, puis après écoulement ultérieur du liquide à l'extérieur. Le résultat général auquel il arrive, c'est que la cavité abdominale du lapin peut recevoir des quantités considérables de liquide sans qu'il se produise des troubles du côté de la circulation ou de la respiration. Il faut injecter près d'un litre de liquide pour que ces troubles prennent un certain caractère de gravité et menacent la vie.

La réplétion exagérée de la cavité abdominale comprime la poitrine et produit de la dyspnée : les mouvements respiratoires deviennent plus profonds et plus fréquents. Cette dyspnée conduit à l'asphyxie si la réplétion est poussée à ses dernières limites. Du côté de la circulation on observe d'abord une accélération des pulsations cardiaques ; puis les pulsations deviennent plus rares et plus étendues et la pression san-

guine augmente notablement (excitation des centres vaso-constricteurs et du centre modérateur du cœur). Peu de temps avant la mort, les pulsations deviennent imperceptibles et la pression sanguine subit une baisse considérable. Au début de son travail, l'auteur relate quatre expériences dans lesquelles la ligature de l'aorte abdominale immédiatement au-dessus de sa division en iliaques n'exerça aucune influence sur la pression carotidienne. LÉON FREDERICQ.

Sur les effets cardiaques des excitations centrifuges du nerf vague indéfiniment prolongées au delà du retour des battements du cœur, par F. LAULANIÉ (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 2 *septembre* 1889).

Contrairement à la notion courante de physiologie, l'appareil d'arrêt intracardiaque n'est pas épuisé au moment où le cœur reprend ses battements, au cours d'une excitation du vague qui l'avait d'abord arrêté. Les effets de l'excitation maintenue après le retour des battements continuent à se produire et se manifestent par le ralentissement du rythme cardiaque, la diminution de la pression constante et l'augmentation corrélative de la pression variable. M. D.

Influence des anesthésiques sur la force des mouvements respiratoires, par P. LANGLOIS et Ch. RICHET (*Compt. Rend. Acad. des sc.*, 1er *avril* 1889).

Quand un chien est anesthésié (chloroforme ou chloral), il suffit d'un très léger obstacle au passage de l'air pour amener l'asphyxie. Or, dans ce cas, ce n'est pas l'effort inspiratoire qui est paralysé par l'action toxique, mais seulement l'effort expiratoire. Cela est bien d'accord avec le caractère physiologique de l'expiration, qui est normalement purement passive (élasticité), et ne devient active que par acte volontaire ou réflexe. Or les anesthésiques paralysent les mouvements réflexes et volontaires. M. DUVAL.

Régulation, par le système nerveux, des combustions respiratoires, en rapport avec la taille de l'animal, par Charles RICHET (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 29 *juillet* 1889).

En faisant de nombreux dosages des combustions respiratoires, et en confirmant la loi de Regnault et Reiset, à savoir que les combustions par kilogramme de poids vif croissent en raison inverse de la taille, l'auteur est amené à donner de cette loi une formule nouvelle, à savoir que, pour l'unité de surface, la production d'acide carbonique présente une constance remarquable. C'est donc l'étendue de la surface tégumentaire qui règle les combustions respiratoires des tissus. Cette régulation est sous la dépendance du système nerveux central. En effet, si l'on abolit l'activité du système nerveux par un anesthésique, comme le chloral, les chiens, gros et petits, produisent sensiblement par kilogramme la même quantité d'acide carbonique. Il s'ensuit qu'un petit chien chloralisé diminue sa combustion chimique de 70 pour 100, tandis que cette diminution n'est que de 30 pour 100 chez un gros chien. En chloralisant par la même dose de chloral (relativement au poids) un gros et un petit chien, on voit que le gros chien se refroidit à peine, tandis que le petit perd 5 ou 6 degrés en une heure. M. DUVAL.

Sur l'apnée expérimentale, par L. BORDONI (*Lo Sperimentale, février* 1888).

On peut produire l'apnée de différentes manières, entre autres par la ventilation pulmonaire. Mais dans ce cas deux facteurs interviennent : la nature du gaz et les conditions mécaniques. Bordoni a essayé de les isoler. Il opère sur des oiseaux : il introduit le gaz contenu dans un gazomètre de Waldenburg par la trachée et lui offre une issue par l'une des poches aériennes abdominales, de manière à obtenir une ventilation continue, sans à coup mécanique et facile à graduer. Chez les pigeons l'insufflation d'air à une pression de 1 à 2 millimètres de mercure a produit une apnée immédiate : le retour au rythme normal est très rapide lorsque cesse l'insufflation. Le cas d'un passage lent de l'état normal à l'apnée est rare. — Avec l'O pur à la pression de 1 millimètre il y a diminution graduée de l'amplitude respiratoire, mais l'on n'obtient plus l'apnée proprement dite. Avec la pression de 2 millimètres l'apnée apparaît et le retour s'accompagne de mouvements généraux de l'animal. — Avec le mélange d'air et d'acide carbonique, il n'y a plus d'apnée. Avec l'insufflation d'air déjà expiré, on a une apnée très brève suivie de respirations rares. D'une façon générale, lorsque l'état apnéique est produit, on peut le faire cesser d'un coup en insufflant de l'acide carbonique, en fermant l'orifice de la poche aérienne abdominale, ou en excitant le nerf vague dans la région du cou. Lorsque l'apnée est déjà produite, la section des vagues y apporte peu de changements. A. D.

La chaleur animale, par Charles RICHET (*In*-8°, *Paris* 1889).

L'auteur s'est proposé de rassembler dans un ouvrage facile à consulter tous les faits essentiels relatifs à une question dont lui-même s'est occupé avec succès. Après avoir rappelé le rôle considérable de Lavoisier dans cette branche de la science physiologique, Ch. Richet aborde la question de la température des mammifères, des oiseaux, des animaux à sang froid. Les chapitres IV et V sont consacrés à la température normale de l'homme sain ; le chapitre VI, à la température du corps dans les maladies ; le chapitre VII, à la température après la mort. Puis l'auteur indique le rôle du tissu musculaire dans la production de la chaleur (ch. VIII). Les derniers chapitres sont réservés aux objets suivants : les poisons et la température, la calorimétrie et la production de chaleur, le système nerveux et la chaleur animale, la régulation de la chaleur par la respiration, la respiration et la température. La publication de cet ouvrage rendra service à tous les physiologistes. A. DASTRE.

Calorimetrische Untersuchungen (Recherches calorimétriques), par J. ROSENTHAL (*Archiv für Anatomie und Physiologie, p.* 1, *Phys. Abth.* 1889).

Ce travail est divisé en trois parties. Dans la première, l'auteur indique l'appareil et les méthodes dont il a fait usage. L'appareil est le calorimètre à air, employé sous deux formes, grand modèle et petit modèle, le premier pour le chien, le second pour les animaux de petite taille. L'étude du mode opératoire et des déterminations numériques constitue cette première partie. Dans la seconde, Rosenthal étudie l'influence de la taille de l'animal sur la production de chaleur. On sait déjà que

chez l'animal à sang chaud cette production croît avec le poids du corps, mais non point proportionnellement à celui-ci. Toutes choses égales d'ailleurs, elle est proportionnelle à la racine cubique du carré du poids du corps. La troisième partie du mémoire est consacrée à l'influence de l'alimentation sur la production de chaleur. A. D.

Etudes et recherches sur la fonction des fibres musculaires lisses, par A. CAPPARELLI (*Memoria lett. all' Academ. Gioenia*, 1er *avril* 1889).

Ces recherches ont été exécutées sur la vessie des animaux à sang chaud et à sang froid. Chez le chien, l'animal étant anesthésié, on sectionne l'urètre à trois centimètres de la marge de l'anus : on introduit dans la vessie un cathéter qu'on fixe par une ligature et que l'on met en rapport avec le pléthysmographe en distendant la poche vésicale avec la solution physiologique d'eau salée. On pratique d'autre part une incision le long de la ligne blanche, on place, par cette voie, les électrodes excitateurs sur la vessie. On étudie d'abord le temps perdu de l'excitation. L'auteur a encore opéré sur l'œsophage du chien, sur la vessie du lapin, sur l'estomac de la grenouille. Le temps perdu de l'excitation a été, en moyenne, de 46/50 de minute pour la vessie, de 37/50 pour l'estomac de la grenouille. Pour l'œsophage la durée est incomparablement moindre. L'auteur a étudié les causes qui peuvent faire varier l'excitation latente, l'influence de la température, de la strychnine, de la vératrine, de l'intensité du stimulant. Enfin il a appliqué son attention au tétanos des muscles lisses et à leur rigidité. En résumé, le temps perdu (la période latente) est inversement proportionnel à la température chez l'animal à sang froid; sa durée est accrue par la vératrine; l'intensité du stimulant a peu d'influence, si l'on évite les intensités minima. L'échauffement élève le tracé, abrège la contraction et, poussé à un degré suffisant, provoque une phase spéciale de contraction différente de la forme normale, un état d'immobilité en contraction soutenue. La température favorable est comprise entre 10 et 39°. La courbe de contraction est en rapport avec le nombre des excitations; elle s'élève avec ce nombre en restant jusqu'à un certain point indépendante de l'intensité. Les muscles lisses comme les muscles striés entrent en rigidité après la mort : le maximum (chien, lapin) se produit entre la 8e et la 14e heure. Rien de pareil chez les animaux à sang froid. Pendant la production de cet état ils restent excitables; mais la contraction reste persistante. Les muscles lisses, rigides, ont une réaction acide. L'œsophage extrait de l'animal et conservé dans de bonnes conditions de température garde longtemps son excitabilité. Les muscles lisses comme les muscles striés obéissent aux lois générales de la fatigue. En général, les muscles lisses méritent le nom qui leur a été donné de thermo-systaltiques, ils diffèrent encore des muscles striés par une certaine indépendance relativement au stimulant électrique. A. D.

Die Theorie der Muskelcontraktion (Théorie de la contraction musculaire), par G.-E. MÜLLER (*Nachrichten von der Königl. Gesellsch. d. Wissensch. zu Göttingen*, 2 *mars* 1889).

L'auteur considère dans le muscle strié trois parties principales : les disdiaclastes, la substance de soutien et le suc musculaire. Les disdia-

clastes sont orientés suivant la direction longitudinale du faisceau musculaire, en colonnes transversales, dans les disques anisotropes; ils sont fixés en place par des travées de soutien, qui forment ainsi des réseaux transverses en relation avec le sarcolemme. Des travées longitudinales complètent cette fixation. Les prétendues fibrilles musculaires sont précisément constituées par ces travées de soutien et les disdiaclastes correspondants. La charpente de soutien se compose donc de réseaux de filaments transverses présentant à leurs points nodaux les disdiaclastes et, d'autre part, de fibrilles longitudinales qui passent précisément par ces mêmes points nodaux. Le reste de l'espace est occupé par le suc musculaire.

Au point de vue physiologique, la nutrition accumule dans le suc du muscle des forces de tension chimique. L'excitant a pour effet de transformer en chaleur une partie de ces forces de tension. Un effet de cette chaleur ainsi produite est de mettre le muscle en état de contraction, grâce à la pyro-électricité des disdiaclastes. Ceux-ci possèdent, en effet, la pyro-électricité polaire, comme les cristaux de la tourmaline, du sucre, de l'acide tartrique. Tout changement de température les charge d'électricité contraire à leurs deux pôles. Si l'on suppose que les axes sont orientés de telle façon que les pôles homonomes soient tournés vers la même extrémité du faisceau, et que deux colonnes voisines de disdiaclastes se présentent leurs pôles opposés, on concevra qu'une élévation thermique aura pour effet de charger positivement les pôles analogues et négativement les pôles antilogues, et que les forces électriques ainsi engendrées tendront à changer la position des disdiaclastes. Les colonnes transversales sont attirées dans la direction axiale, et les disdiaclastes de chaque colonne dans une direction perpendiculaire à celle du faisceau musculaire. De là un raccourcissement dans la direction axiale et un épaississement dans les directions transverses. La substance de soutien s'oppose par son élasticité à ces déplacements des disdiaclastes, de même le sarcolemme et le perimysium. C'est là l'origine de la résistance à la contraction. La tension plus ou moins grande du muscle par un poids agit dans le même sens.

Cette hypothèse fondamentale est complétée par des hypothèses accessoires relativement au suc musculaire. L'auteur montre que les principales particularités de l'activité musculaire sont alors faciles à prévoir ou à expliquer. De même les lois myo-thermiques, les phénomènes de fatigue et de réparation. On lira dans le mémoire original les considérations relatives aux phénomènes microscopiques et aux phénomènes électriques en rapport avec l'état du muscle. A. D.

Zur Kenntniss der Function des Plexus cæliacus (Sur la fonction du plexus cœliaque), par Alexandre LUSTIG (*Centralblatt für Physiologie*, *p.* 277 1889).

La suppression du plexus cœliaque provoque l'acétonurie et parfois une glycosurie passagère, mais non le diabète sucré suivi d'atrophie du pancréas, ainsi que l'affirment Munk et Klebs.

Les animaux auxquels on a extirpé auparavant le plexus cœliaque peuvent servir à l'expérience de la piqûre diabétique de Cl. Bernard. Cette dernière opération provoque régulièrement l'apparition du sucre dans

les urines. On ne peut donc admettre avec Schiff que le plexus cœliaque soit nécessaire à la production du diabète. LÉON FREDERICQ.

Recherches sur la forme du thorax et sur le rapport entre la production du travail musculaire et le mécanisme de la respiration des sujets entraînés, par E. DEMERY (*C. R. Soc. Biologie*, 13 *avril* 1889).

Marey a constaté, chez des gymnastes, qu'après six mois d'entraînement à des exercices variés, le rythme des mouvements respiratoires avait diminué, tandis que leur amplitude avait presque quadruplé : il a vu ces modifications persister et demeurer définitivement acquises. Demery a constaté que cette ampliation de la cage thoracique est due à la grande mobilité de ses articulations et à la puissance des muscles inspirateurs, à des courbures peu prononcées du rachis, surtout dans la région dorsale, à une augmentation de près d'un tiers du diamètre transverse sur le diamètre antéro-postérieur. Le rapport entre la capacité vitale et le poids est plus élevé chez les sujets entraînés que chez les sujets sédentaires. PAUL LOYE.

Le glycogène et la glycémie, par QUINQUAUD (*C. R. Soc. Biologie*, 13 *avril et* 18 *mai* 1889).

Des chiens soumis à l'inanition, et dont le foie ne contenait plus de glycogène, ont continué à fabriquer après hémorragie, des quantités considérables de glucose. L'organisme pourrait donc fournir du sucre sans l'intermédiaire du glycogène, la glycémie dériverait d'un double processus, l'un glycogénique, l'autre plus directement protoplasmique.

L'organisme élimine par les urines à l'état normal une petite quantité d'une substance fermentescible et réductrice (0 gr. 20 à 0 gr. 50 en 24 heures). Quinquaud indique des méthodes assez exactes pour apprécier le poids de substance excrétée. PAUL LOYE.

Décharges électriques dans la peau de l'homme sous l'influence de l'excitation des organes des sens et de différentes formes d'activité psychique, par J. de TARCHANOFF (*C. R. Soc. Biologie*, 29 *juin* 1889).

Tous les actes nerveux et psychiques de l'homme s'accompagnent de phénomènes électriques cutanés ou de décharges électriques qui sont la manifestation physique de l'activité des glandes de la peau : celles-ci se mettent ainsi toujours en jeu pendant l'activité nerveuse ou psychique de l'homme.

L'appareil glandulaire de la peau joue le rôle d'un régulateur thermique et chimique. En effet, chaque acte nerveux ou psychique est la source d'un accroissement de chaleur, d'un côté, et de produits de désassimilation, d'un autre côté. Les glandes sudoripares, en participant à toutes les fonctions nerveuses et psychiques, conduisent à diminuer la température du corps par augmentation d'évaporation à la surface du corps et, d'autre part, à débarrasser l'organisme de différents produits dont l'accumulation pourrait être nuisible.

Il y aurait donc liaison intime entre les centres nerveux des activités sensorielles, psychiques et volontaires-motrices, d'un côté, et les centres nerveux des glandes cutanées, de l'autre. PAUL LOYE.

Recherches physiologiques sur l'action polaire des courants électriques, par Hillel JOFÉ (*Thèse de Genève*, 1889).

L'action polaire est ici entendue de l'action du courant électrique appliqué sur un nerf, de manière qu'un seul des pôles puisse manifester son action et que l'autre soit rendu indifférent, c'est-à-dire inactif par la très grande étendue qu'on lui fait prendre. — C'est sous cette forme que l'électricité est souvent employée en thérapeutique. Au point de vue théorique, la tendance est d'expliquer l'action de l'électricité sur les nerfs par les effets polaires, au point d'entrée et au point de sortie. Deux noms se rattachent au développement de ces théories : ceux de Chauveau et de Pflüger. Chauveau (1859-1860) attribue l'action excitante, par excellence, au pôle négatif où la tension est maxima. La théorie électrotonique de Pflüger revient au même : l'effet irritant se confond avec un plus haut degré de l'excitabilité qui appartient au pôle négatif : le pôle positif est déprimant. Enfin, il tient compte d'un autre facteur, la conductibilité nerveuse. — Dans l'une et l'autre théorie, la direction n'intervient que comme l'expression de la position relative des deux pôles. — L'auteur reprend cette étude dans le laboratoire de Schiff, et en profitant des notions déjà acquises dans le travail de Baroncelli (1887), il arrive aux résultats suivants. Chacun des deux pôles peut irriter le nerf moteur et produire une contraction : mais les deux pôles ne sont pas irritants au même degré. C'est le pôle négatif qui, dans la majorité des cas, est le plus actif. Dans quelques cas, le résultat est inverse. L'action du pôle prévalent est supérieure à celle de son congénère et aussi à celle du courant bipolaire de même intensité. En d'autres termes, l'action du pôle prévalent est diminuée par la présence du pôle opposé. Le positif est déprimant par rapport au négatif prévalent et vice versa. C'est là un résultat contraire aux théories régnantes. Enfin l'auteur conteste le caractère absolu de la loi indiquée par Chauveau, à savoir qu'avec les courants faibles, le pôle négatif est le plus actif : avec les courants moyens, ils le sont également; avec les courants forts c'est le positif qui l'emporte. A. D.

Ueber die Verdäuung des Schweines (Sur la digestion chez le porc), **par ELLENBERGER et HOFMEISTER** (*Archiv für Anat. und Physiol.*, *Phys. Abth.*, *p.* 137, 1889).

La salive du porc est plus riche en ferment diastasique que celle d'aucun autre animal domestique, et c'est la glande parotide qui fournit le plus de ferment. L'estomac présente des particularités remarquables; il est divisé en cinq zones, dont l'une constitue un sac cœcal près de l'œsophage. Le suc gastrique contient de la pepsine, le ferment-lab, un ferment amylacé, un ferment pour les matières grasses, mais ce dernier peu actif. Le ferment diastasique est sécrété par les glandes cardiaques qui d'ailleurs ne produisent point de pepsine; les glandes de la région du fond sécrètent une liqueur acide contenant de l'acide chlorhydrique et les ferments cités, la muqueuse pylorique sécrète un liquide neutre contenant peu de pepsine et beaucoup de mucus. La surface totale est imprégnée par la sécrétion du fond qui donne partout une réaction acide trompeuse.

Le contenu de l'estomac présente encore un ferment lactique puissam-

ment actif. D'ailleurs, l'estomac n'est vidé qu'après plusieurs heures; le nouveau repas pousse l'ancien. Les auteurs distinguent quatre périodes dans la digestion de l'estomac. La bile du porc ne contient aucun ferment. Le suc intestinal contient un ferment diastasique seulement. Le suc pancréatique contient les trois ferments protéolytique, amylolytique et gras. L'absorption des produits digérés se fait très rapidement. Le reste du mémoire est consacré à l'étude de la digestion dans le cas de régimes divers. A. D.

Signification physiologique du cœcum, par A. MARCACCI (*Laboratorio di Fisiologia dell' Universita di Perugia*, 1888).

Des recherches sur cet objet ont été exécutées par Ellenberger (1881) et par Hofmeister (1885) et antérieurement par Paladino (1875). Marcacci reprend cette étude et arrive aux résultats suivants : Le cœcum est un organe d'absorption puissante. La digestion cœcale proprement dite n'a aucune importance. L'ablation du cœcum n'empêche pas la croissance des animaux. La perte de matériaux qui résulte de cette opération est compensée par l'introduction d'une plus grande quantité d'aliments. — Le cœcum a une fonction mécanique importante qui est de régler automatiquement l'émission des fèces. La présence du cœcum n'a point de rapport nécessaire avec la nature de l'alimentation de l'animal. A. D.

Ueber den Einfluss des Aethylalcohols... (De l'influence de l'alcool sur les transformations des éléments de l'homme), par KELLER (*Zeitschrit für physiologische Chemie*, *XIII*, *p.* 138, 1889).

D'expériences faites sur lui-même pendant 7 jours en se servant d'une nourriture uniforme et en prenant 150 grammes d'alcool à 90° dans 150 grammes d'eau, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Il y a augmentation de la diurèse; 2° diminution de la quantité d'azote excrété. Ce fait, en accord avec les expériences de Kretschy-Buchner, peut s'expliquer par un trouble de la digestion sous l'influence de l'alcool, car après les jours dans lesquels dura l'expérience, il y eut augmentation de la quantité d'azote excrété.

3° L'auteur ne peut rien conclure des résultats qu'il a obtenus pour savoir s'il y eut augmentation ou diminution de la quantité d'acide phosphorique excrété.

4° Le chlore ne fut pas excrété en quantité plus grande que d'ordinaire.

E. HARDY.

Recherches sur l'action du pneumogastrique et du grand sympathique sur la sécrétion urinaire, par J.-B. MASIUS (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, *t. XVI*, *n°* 7).

La faradisation du bout intérieur du grand sympathique n'a aucune influence sur la diurèse. L'excitation du bout périphérique du vague, au contraire, produit une diminution de la sécrétion urinaire des deux côtés. Cet effet ne se manifeste plus chez l'animal chloralisé, chez qui les vaso-constricteurs sont paralysés. L'arrêt de la diurèse serait dû à une vaso-constriction due à des filets vaso-constricteurs contenus dans le nerf vague. Le cordon cervical sympathique renferme des fibres centripètes dont l'excitation arrête ou diminue la sécrétion urinaire; alors même

que les deux nerfs vagues sont sectionnés, et que la moelle est coupée au-dessous de la sixième vertèbre dorsale ; l'action sympathique serait réflexe et s'exercerait par l'intermédiaire de la moelle épinière et des splanchniques. A. D.

Die Hirncentra für die Bewegung der Harnblase (Les centres cérébraux pour le mouvement de la vessie), par W. BETCHEREW et N. MISLAWSKY (*Neurologisches Centralblatt, n°* 18, 1888).

Budge a placé dans les pédoncules cérébraux le centre des mouvements de la vessie. Afanassiew a exclu toute action directe du cerveau et attribue les phénomènes observés par Budge à une influence vaso-motrice. (1869). Ssokownin (1877) et Nussbaum (1879) ont vu disparaître les réflexes vésicaux lorsqu'on sépare les hémisphères des pédoncules cérébraux. Bochefontaine (1876) a indiqué quatre points aux environs du gyrus sygmoïde dont l'excitation provoquerait des contractions vésicales. François-Franck a constaté des faits analogues. B. et M. reprennent la question en opérant sur le chien et sur le chat curarisés. Un manomètre est mis en relation avec la vessie remplie d'eau salée à 7,50 pour 1,000. On trouve une région très limitée de la zone corticale aux environs de la partie interne du gyrus sygmoïde, en avant et en arrière, dont l'excitation électrique détermine une contraction vésicale. L'excitation du noyau caudé au voisinage de la couche optique, dans la profondeur, est encore plus efficace. — Les parties moyennes et postérieures de la couche optique ne donnent rien; non plus que l'excitation du corps strié et du noyau lenticulaire. Au contraire, les parties de la capsule interne voisine des couches optiques excitées provoquent des contractions vésicales typiques. Pas d'effet par l'excitation des tubercules quadrijumeaux ni du cervelet. En résumé, le centre des mouvements vésicaux est placé à la partie antérieure de la couche optique et y occupe un espace très restreint de quelques millimètres. Il est en rapport avec la zone corticale par un faisceau de fibres et en rapport avec les centres médullaires par un autre faisceau qui passe dans les parties profondes de la capsule interne. C'est ce faisceau que Budge avait excité dans la calotte des pédoncules. — Le centre vésical de la couche optique a aussi la signification d'un centre réflexe accessoire pour les mouvements de la vessie provoqués par exemple par l'excitation du sciatique. A. D.

La distribution de la force musculaire dans la main et dans le pied, étudiée au moyen d'un nouveau dynamomètre analytique, par Ch. FÉRÉ (*Soc. de biol.*, 1889).

Le dynamomètre employé permet de mesurer l'énergie des mouvements de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction de chaque doigt ou de plusieurs doigts réunis. La somme de l'énergie des mouvements isolés de flexion ou d'extension de chaque doigt est plus grande que l'énergie du mouvement d'ensemble des mêmes doigts quand ils agissent dans la même direction. Il y a prédominance assez marquée des mouvements de flexion. Il existe une différence d'énergie entre les mouvements de flexion et d'extension considérés dans les deux mains ; les premiers sont plus puissants à droite, les seconds sont plus puissants à gauche. Le peu d'activité intellectuelle correspond à la faiblesse des mouvements dissociés. PAUL LOYE.

L'exploration des mouvements de la langue, par Ch. FÉRÉ (*C. R. Soc. Biologie*, 13 *avril* 1889).

L'exploration directe des mouvements de la langue, avec un appareil analogue au sphygmomètre de Bloch, montre que si l'on n'a pas constaté de troubles moteurs coïncidant avec les troubles du langage articulé, c'est qu'on n'était pas jusqu'ici en mesure de les chercher. Féré a trouvé une diminution notable de la force des mouvements de la langue chez des aphasiques, chez des hystériques rendus aphasiques par suggestion, chez des paralytiques généraux, des sourds-muets, des épileptiques, etc.

PAUL LOYE.

Nouvelles expériences sur l'accroissement des os longs après l'ablation d'un des cartilages de conjugaison et sur l'hyperplasie compensatrice par le cartilage conservé, par OLLIER (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 7 *mai* 1889).

Les anciennes expériences de l'auteur ont démontré que l'arrêt de l'accroissement longitudinal d'un os long est, après ablation d'un des cartilages de conjugaison, proportionnel à l'importance physiologique de ce cartilage, l'accroissement ne se faisant plus que par le seul cartilage conservé. Cependant on rencontre des faits qui paraissent en contradiction avec cette loi, et indiquent l'intervention d'un nouveau facteur. L'expérimentation sur le chien a permis à l'auteur de déterminer ce nouveau facteur, qui n'est autre qu'une hyperplasie compensatrice du cartilage de conjugaison conservé; c'est-à-dire que ce cartilage produit, dans l'os dont l'autre extrémité a été réséquée, un accroissement plus considérable que n'en produit, dans le même temps, le cartilage homologue dans l'os demeuré intact (on peut, par exemple, expérimenter sur l'humérus et le comparer à son homologue du côté opposé). Cette hyperplasie compensatrice peut être portée assez loin pour diminuer d'une manière très sensible, en dehors de toute reproduction osseuse, le déficit résultant d'une résection ultra-épiphysaire. Mais cette hyperplasie compensatrice n'est pas constante; elle ne se produit d'une manière sensible que lorsque le membre reprend ses usages après la résection; le stimulus du fonctionnement physiologique lui est indispensable.

M. DUVAL.

CHIMIE MÉDICALE.

Beiträge zur Kenntniss des Eigenschaften der Blutfarbstoffe (Contribution à l'étude des caractères de la matière colorante du sang), par F. HOPPE SEYLER (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XIII*, *p.* 477).

En étudiant l'action de l'oxyde de carbone sur l'hématochromogène, Hoppe Seyler est arrivé à constater que dans les cristaux de carboxyhémoglobine cristallisée, aussi bien que dans la matière colorante du sang, il existe un groupement atomique qui fixe l'oxyde de carbone, que ce groupement atomique se caractérise par une absorption particulière de

lumière qui persiste inaltérée après la séparation des albuminates et du carboxyhématochromogène.

On peut donc admettre que ce groupement atomique est identique avec celui qui, dans la matière colorante du sang artériel et dans l'oxyhémoglobine cristallisée, contient deux molécules de O à la place de deux molécules de CO.

L'oxyhémoglobine, l'hémoglobine, le carboxyhémoglobine, la matière colorante du sang, contiennent tous de l'hémochromogène qui peut, par simple décomposition, être obtenu cristallisé et par suite dosé quantitativement. E. H.

Ueber Myohematin, par Mac MUNN (*Zeitschrift f. physiologische Chemie, XXIII, p.* 497).

Si l'on comprime un fragment de muscle entièrement frais de la poitrine d'un pigeon jusqu'à l'apparition d'un spectre, on voit apparaître le spectre de la myohématine. De cette myohématine on obtient la myohématine modifiée en la traitant par la méthode de Struve et non à l'hémoglobine.

2° La myohématine ne peut être un produit de décomposition de l'hémoglobine, car elle se trouve dans les muscles des invertébrés, comme les insectes, qui ne contiennent pas d'hémoglobine. Ce que Lévy a trouvé dans les muscles de la muscaria vomitoria, par une recherche microspectroscopique, était de la myohématine.

3° Le spectre de la myohématine diffère de celui de l'hémochromogène par la présence d'une partie crénelée qui manque dans le second.

4° Le spectre d'absorption de la myohématine modifiée se tient plus près de la partie violette du spectre que celui de l'hémochromogène. La myohématine se distingue par son spectre de tous les autres pigments. E. H.

Ueber die Alcalescenz des Blutes bei Krankheiten (Sur l'alcalescence du sang dans les maladies), par Fr. KRAUS (*Zeitschrift f. Heilkunde, vol. X, n°* 11, *p.* 106, 1889).

Depuis longtemps on a regardé les modifications de l'alcalescence du sang comme l'indice de troubles importants de la nutrition. Chez l'homme sain, la quantité d'acide carbonique contenu dans le sang de la veine médiane est comprise entre 31 et 36 volumes 0/0 ; le chiffre de 40,3 0/0 donné par Zuntz peut être regardé comme un maximum.

Dans les conditions normales, l'alcalescence du sang est sujette à de grandes variations ; mais elle l'emporte toujours sur les acides, et ce rapport a une bien autre signification que les chiffres considérés en eux-mêmes. La diminution du taux de l'acide carbonique, jointe à un chiffre élevé d'acides, est un indice de l'abaissement considérable de l'alcalescence du sang.

Quelle que soit l'infection, chez les fébricitants, il y a toujours une diminution marquée de la quantité d'acide carbonique ; elle se montre plus ou moins vite après le début de l'infection, a une allure parallèle à la gravité de celle-ci, et disparaît lorsque la fièvre est tombée et qu'on recommence à alimenter le malade. Dans l'apyrexie artificielle, le relèvement du chiffre n'est pas immédiat. Cette diminution de l'acide carbonique n'est que l'expression de l'abaissement de l'alcalescence.

L'intoxication diabétique, comme l'avait déjà montré l'école de Naunyn, a des analogies avec l'empoisonnement expérimental par les acides. Il en est de même de l'intoxication phosphorée.

Quand les reins fonctionnent mal, il y a diminution de l'alcalescence du sang, non par le fait de l'acide carbonique qui peut s'éliminer par le poumon, mais par les acides sulfurique et phosphorique ; on les retrouve en moindre abondance dans les urines. C'est pourquoi von Jaksch a trouvé l'alcalescence du sang normale dans les néphrites aiguës ou chroniques sans urémie, et au contraire une diminution parfois énorme de cet état liée à l'existence de symptômes urémiques. LEFLAIVE.

Les leucomaïnes du sang normal, par R.-Ch. WURTZ (*Thèse de Paris, n°* 115, 1889).

Voici les conclusions de ce travail. Le sang normal, outre les bases déjà isolées et connues, créatine, xanthine, hypoxanthine, renferme une petite quantité de bases organiques fixes ou volatiles. La proportion de ces leucomaïnes dans le sang du bœuf ne dépasse point trois grammes par cent litres. Parmi les bases fixes, la seule qui soit en quantité suffisante pour être analysée, a la formule $C^5H^{15}Az^5$. La base volatile qu'on rencontre en petite quantité est la méthylamine. Les bases fixes s'éliminent probablement par les reins; la méthylamine par les poumons. Toutes ces bases ont une action physiologique peu prononcée. C'est ainsi, du reste, qu'agissent les leucomaïnes musculaires et l'adénine elle-même ($C^5H^5Az^5$) malgré son isomérie avec l'acide cyanhydrique. L'élimination de l'azote sous ces différentes formes présente un phénomène intéressant. A. D.

Report on the relation of the ptomaïnes to some of the infectious fevers, par Arthur LUFF (*Brit. med. j., p.* 193, *juillet* 1889).

L'auteur cherche à mettre en évidence la présence de ptomaïnes dans les urines des maladies infectieuses. Il a étudié spécialement la fièvre typhoïde et la scarlatine. Voici son procédé :

Il alcalinise un certain volume d'urine avec du carbonate de soude, puis l'agite avec de l'éther. Il reprend la solution éthérée, qu'il traite par l'acide tartrique, de façon à convertir en tartrates solubles tous les alcaloïdes dissous par l'éther. La solution tartrique est séparée de l'éther, alcalinisée de nouveau par le carbonate de soude et reprise par l'éther. Cette fois, on laisse l'éther s'évaporer et les alcaloïdes sont mis en liberté.

Dans la fièvre typhoïde, il isole ainsi un alcaloïde en crisaux blancs, qui donne les réactions suivantes :

Acide phosphomolybdique,	précipité	blanc.
Iodure de mercure et de potassium,	—	jaune foncé.
Acide tannique,	—	brun jaunâtre.
Acide picrique,	—	jaune.

Ces réactions n'appartiennent jusqu'ici à aucune des ptomaïnes connues.

Dans la scarlatine, il isole un autre alcaloïde blanc et semi cristallin, qui répond aux réactions suivantes :

Acide phosphomolybdique,	précipité	jaune pâle.
Iodure de mercure et de potassium,	—	jaune pâle.
Acide tannique,	—	rien.
Acide picrique,	—	jaune.

C'est également un alcaloïde jusqu'ici inconnu. H. R.

Die Quantitative Bestimmung der Harnsäure im menschlichen Urin (Détermination quantitative de l'acide urique dans l'urine humaine), par W. CAMERER (*Zeitschrift für Biol., p.* 84, 1889).

L'auteur critique d'abord la méthode de Heintz qui consiste à recueillir les cristaux déposés lentement au froid dans une urine fortement acidifiée, à les laver et à les peser. Une certaine quantité échappe. Salkowski et Maly ont indiqué un meilleur procédé. Il consiste à ajouter à l'urine un mélange magnésien composé de 1 partie de sulfate de magnésie, 2 parties de sel ammoniac, 4 parties d'ammoniaque de poids spécifique 0,924 et 8 parties d'eau; puis une solution de nitrate d'argent. Il se forme une combinaison double d'urate d'argent et de magnésie à peu près insoluble dans l'eau ou l'urine ammoniacale. Au moment de l'addition du mélange magnésien, il se fait un précipité de phosphate triple. On filtre et on ajoute le nitrate d'argent au filtrat. On lave le précipité sur le filtre. L'acide urique du composé double est déterminé de la manière suivante : on lave le précipité d'argent sur un filtre jusqu'à ce qu'il soit débarrassé d'argent et de chlore, on le dilue dans l'eau distillée et on le décompose par l'hydrogène sulfuré ou par les sulfures de potassium ou de sodium, on filtre et on recueille l'urate de potasse ou de soude soluble. Il y a un peu de corps xanthiques et de soufre qui troublent cette solution. On évapore, on traite par l'acide chlorhydrique; on recueille, on sèche et on pèse les cristaux d'acide urique. La filtration se fait sur le coton de verre. Ce procédé est long. Hermann (de Prague) a proposé de dissoudre le précipité d'argent dans l'acide azotique et de déterminer le titre en argent de la solution. Camerer détermine l'azote de ce composé. En général les chiffres trouvés sont trop forts de 1 dixième.

L'auteur compare ces diverses méthodes. A. D.

Contribution à l'étude de la désassimilation de l'azote, par P. MARCHAL (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur a étudié l'acide urique et la fonction rénale chez les Invertébrés.

La sécrétion de l'acide urique est un phénomène qui n'est pas constant chez les Invertébrés. On n'a pu en découvrir chez les Spongiaires, les Cœlentérés, les Echinodermes et les Vers. Dans les types organiques où on le rencontre il n'existe pas dans toutes les classes (mollusques, arthropodes): il fait défaut chez les crustacés, il est exceptionnel chez les Arachnides et chez les Acéphales. Quand la sécrétion d'acide urique disparaît ou devient accessoire, la désassimilation des albuminoïdes se fait sous forme de bases organiques (guanine, leucomaïnes) : l'existence de ces alcaloïdes est un phénomène plus constant et plus important que chez les vertébrés. L'acide urique est produit par un travail actif des cellules des organes rénaux ou du corps adipeux. A. D.

Ueber die pathogenetische Bedeutung der burgunderrothen Urinfärbung (**Sur la réaction rouge vineux des urines**), par **Ottomar ROSENBACH** (*Berlin. klin. Woch., n° 22, p. 490, et n° 23, p. 520, 3 et 10 juin* 1889).

Cette réaction de l'urine sur laquelle Rosenbach a récemment (R.S.M. XXXIV, 443) appelé l'attention, s'observe dans 3 groupes d'états morbides : 1° Occlusions complètes ou incomplètes de l'intestin; 2° diarrhées graves; 3° états de marasme général, quelle qu'en soit la cause.

Mais pour que cette réaction soit probante, il faut qu'en agitant l'urine la mousse devienne bleu violet; c'est ce qui distingue cette réaction de celle des urines renfermant une forte proportion d'urobiline. J. B.

Recherches sur l'amylase de l'urine, par E. DUBOURG (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *juin* 1889).

Béchamp a le premier signalé la présence dans l'urine d'une diastase capable de saccharifier l'amidon. Dubourg a constaté que l'urine saccharifie en effet l'amidon, mais d'une manière lente et peu intense, et que, suffisamment diluée, elle perd entièrement cette propriété ; elle saccharifie moins activement l'amidon cru que l'amidon cuit ; elle pousse la transformation de la matière féculente jusqu'au terme glucose. L'élévation de la température diminue considérablement l'intensité de son action ; les acides minéraux et organiques l'enrayent complètement ; les antiseptiques ordinaires la retardent d'une manière très variable. L'amylase est en quantité plus considérable dans l'urine de l'homme que dans celle de la femme ou de l'enfant, mais son abondance paraît surtout modifiée par le régime (augmentation par le régime amylacé, diminution ou disparition par le régime herbacé, diminution par le régime animalisé).

Cette amylase a, comme les autres amylases de l'organisme, pour origine les viscères abdominaux. GEORGES THIBIERGE.

Du sucre normal dans les urines , par GAUBE (*Gaz. médic. de Paris* , 17 *août* 1889).

Gaube, en présence de l'absence de démonstration irréfutable de la présence du glucose dans les urines physiologiques par les réactifs connus, s'est servi d'un nouveau réactif composé de trois éléments: cyanure rouge chimiquement pur; lessive de soude des savonniers et eau distillée. Au moyen de cet agent révélateur, extrêmement sensible, il a fait de nombreuses analyses d'urines prises sur des sujets dont l'âge variait de six mois à soixante-cinq ans, et il a reconnu que toutes les urines normales contiennent du sucre, dont la quantité va en diminuant de la première enfance vers l'âge adulte et en augmentant de l'âge adulte vers l'âge mûr. La moyenne de ce sucre normal, en vingt-quatre heures, est d'un gramme par litre pendant la première enfance; de soixante-dix centigrammes chez l'adulte; et de quatre-vingt centigrammes dans l'âge mûr. L'auteur en conclut que toute quantité de glucose, constatée d'une manière suivie, au-dessus de ces moyennes, indique un diabète en voie d'évolution, et en dessous de ces mêmes moyennes, un certain degré de cachexie. OZENNE.

Ein Beitrag zur Kenntniss des Adenins (Contribution à l'histoire de l'adénine), par G. THOISS (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIII, p.* 395).

En traitant l'adénine par le chlorure de benzoyle on obtient de la benzyladénine $C^3H^4Az^5—CH^2—C^6H^5$ capable de former des sels avec l'acide picrique, l'acide sulfurique, l'acide nitrique.

L'auteur compare la constitution de l'adénine et de l'hypoxanthine. Il admet l'existence d'un groupe adényl $C^5H^4Az^4$. Alors l'adénine devient l'adénylimide C^5H^4AzH et l'hypoxanthine l'adényloxyde $C^5H^4Az^4O$.

Il a prouvé l'exactitude de cette théorie en traitant la benzyladénine par l'acide sulfurique et le nitrite de potasse. Il obtient comme produit final de la benzoyl-hypoxanthine. E. HARDY.

Beiträge zur Kenntniss der Adenins, Guanins und ihrer Derivate (Contribution à l'étude de l'adénine, de la guanine et de leurs dérivés), par S. SCHINDLER (*Zeistchrift für physiologische Chemie, XIII, p.* 433, 1889).

A. *Séparation de l'adénine et de la guanine.* On sépare ces deux bases en se servant d'une solution aqueuse chaude d'ammoniaque dans laquelle la guanine est insoluble.

B. *Séparation de l'adénine de la guanine et de l'hypoxanthine.* On rend ammoniacale la solution des bases, et on la précipite aussitôt par le nitrate d'argent. Le précipité est chauffé, réfroidi, filtré et lavé avec de l'eau ammoniacale. Le liquide filtré ne doit plus contenir de bases.

Le précipité est traité par l'acide nitrique (poids spc., 1, 1) chauffé au bain-marie avec addition d'urée et filtré. Le liquide filtré, additionné de nitrate d'argent, est abandonné à lui-même pendant 12 heures et filtré. Le nitrate du liquide filtré ne donne avec l'ammoniaque aucun précipité, ce qui prouve qu'il ne s'est pas formé de xanthine par la décomposition de la guanine. La combinaison argentique des trois bases, est lavée avec de l'eau froide pour enlever l'acide nitrique. On l'agite avec une solution d'ammoniaque étendu dans une capsule chauffée au bain-marie. De cette manière, l'acide nitrique est éliminé, et la combinaison originaire avec l'oxyde d'argent est régénérée. On ajoute à cette solution ammoniacale un peu de nitrate d'argent; on filtre après refroidissement, et on lave avec de l'eau jusqu'à ce que l'addition d'acide chlorhydrique dans les eaux le lavage ne laisse plus percevoir la moindre trace de chlorure d'argent. Alors les combinaisons argentiques, pures et blanches, sont mises en suspension dans l'eau et décomposées par le sulphydrate d'ammoniaque. On filtre le sulfure d'argent, et la liqueur claire contient l'adénine et l'hypoxanthine en solution, et aussi une partie de guanine α tandis que β reste dans le précipité de sulfure d'argent. On fait bouillir ce précipité avec de l'acide chlorhydrique étendu, on sature le liquide filtré avec de l'ammoniaque, et après quelque temps, la guanine β se précipite complètement. La guanine α restée en solution se sépare par une digestion au bain-marie avec de l'ammoniaque. On réunit les parties $(\alpha+\beta)$, on les sèche et on les recueille sur un filtre pesé, on lave avec de l'eau ammoniacale, on sèche et on pèse la guanine. Le liquide filtré ammoniacal, qui contient l'adénine et l'hypoxanthine est évaporé à sec, au bain-marie dans une capsule de platine tarée, le résidu lavé à l'eau chaude, désséché à 1000 et pesé, donne le poids de l'adénine et de l'hy-

poxanthine. On détermine l'azote dans ce mélange, et du poids trouvé on calcule la quantité d'adénine et d'hypoxanthine. L'hypoxanthine contient 41, 17 0/0 d'azote, l'adénine 51, 85 0/0 d'azote.

Dans cette analyse il y a toujours transformation d'un peu d'adénine en hypoxanthine; ce qui amène un peu d'erreur dans le dosage.

Si avec ces bases il y avait de la xanthine on la doserait à part par le procédé connu de Neubauer.

Transformation de l'adénine et de la guanine par la putréfaction.

L'adénine par la putréfaction ou l'absence d'air se transforme en hypoxanthine.

La guanine par la putréfaction en l'absence de l'air se transforme en xanthine.

$$\underset{\text{adénine}}{C^5H^5Az^5} + H^2O = \underset{\text{hypoxanthine}}{C^5H^4Az^4O} + AzH^3$$

$$\underset{\text{guanine}}{C^5H^5Az^5O} + H^2O = \underset{\text{xanthine}}{C^5H^4Az^2O} + AzH^3$$

E. HARDY.

Bemerkungen über künstlich Eiweissnucleine (Remarques sur la nucléine artificielle de l'albumine), par Julius POHL (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XIII, p.* 293).

Liebermann a préparé la nucléine artificielle de l'albumine; cette nucléine contient au moins deux corps la globuline et l'albumine qui sont tous deux précipités par l'acide métaphosphorique. La nucléine de Liebermann n'est donc qu'un mélange.

L'auteur a préparé la nucléine de l'albumine du sérum. Il précipite la globuline par le sulfate de magnésie, filtre, et obtient un liquide clair qu'il étend de trois fois son volume d'eau. Il sature par une solution de métaphosphate de soude, ajoute de l'acide chlorhydrique, puis dissout dans les alcalis et précipite par l'acide chlorhydrique, recueille sur un filtre et lave à l'alcool et à l'éther. Ce précipité a bien les caractères de la nucléine. L'analyse a donné comme poids en phosphore dans quatre dosages Ph = 5,54 — 5,50 — 5,67 — 5,69 0/0. Le poids de phosphore est donc un chiffre constant.

Kossel a trouvé Ph = 6,2 pour la nucléine de la levure de bière; Bunge. Ph = 5,9 pour celle du jaune d'œuf.

L'auteur chercha aussi à préparer la nucléine de l'hémialbumose. Mais cette substance est un corps complexe qui ne donne en phosphore que des chiffres non constants. Preuve que l'hémialbumose elle-même n'est qu'un mélange et non une espèce chimique. E. H.

Ueber das Mucin der Submaxillardrüse (Sur la mucine de la glande sous-maxillaire), par Olof HAMMARSTEN (*Zeitschrift für physiologische Chemie, XII, p.* 163).

Obolenski et Landwehr ont analysé la mucine. Leurs procédés de préparation étaient différents, et leurs analyses ne s'accordent pas aussi entre elles.

L'auteur a repris cette recherche. Pour obtenir la mucine, il traita la glande par l'eau, filtra et précipita par l'acide acétique, lava avec de

l'eau acidulée d'acide acétique, tant que le liquide qui passe précipitait par le ferrocyanure de potassium.

Il a reconnu que par ce traitement la glande sous-maxillaire fournit un mélange de mucine, et de nucléocaséine.

Pour obtenir la mucine pure, on épuise la glande par l'eau, on filtre, on ajoute de l'acide chlorhydrique à 1 1/2 0/0. Il se forme un précipité qui se dissout par l'agitation, on filtre, et on ajoute une fois son volume d'eau distillée. On agite, et elle se prend en flocons. On la dissout de nouveau dans l'acide chlorhydrique, et on la précipite par l'eau. On obtient ainsi la mucine véritable. On la lave avec de l'eau, puis avec de l'alcool et de l'éther. Cette mucine contient 12,32 0/0 d'azote dissoute dans de l'eau, contenant 1 à 2 0/0 d'acide acétique pendant plusieurs heures, et en agitant elle se dissout et la solution acide ne précipite plus par le ferrocyanure de potassium, ce qui indique qu'elle ne contient pas de substances protéiques.

La nucléoalbumine elle-même s'obtient en saturant la solution chlorhydrique d'où la mucine a été enlevée par addition d'eau. Elle dépose avec l'aspect d'un précipité blanc floconneux ; traitée par les alcalis étendus à 1 0/0 la mucine se décompose rapidement.

Elle a donné à l'analyse 0/0 : C 48,85 — H 6,80 — Az 12,32 cendres 0,35. Elle contient aussi un peu de soufre et une quantité d'acide phosphorique qui varie entre 0,0059 0/0 et 0,0046 0/0.

La mucine humide, bien lavée, forme une masse blanche que l'addition d'acide acétique transforme en une masse gluante. Elle a une réaction acide. Elle ne se coagule pas par l'ébullition : une solution de sel marin allant jusqu'à 8 0/0 ne précipite pas sa solution neutre. Ses solutions neutres sont précipitées par l'alcool; quand on décante l'alcool elle se redissout dans l'eau.

Les acides minéraux précipitent la mucine, elle se redissout dans un excès d'acide. L'acide nitrique trouble ses solutions. Elle ne précipite pas l'iodure de mercure et de potassium. Mélangée d'acide chlorhydrique étendu, elle ne se trouble pas par le ferrocyanure de potassium. E. HARDY.

Sur quelques matières colorantes et aromatiques produites par le bacille pyocyanique, par BABÈS (*C. R. Soc. Biologie*, 22 *juin* 1889).

L'auteur a isolé plusieurs matières colorantes des cultures du bacille pyocyanique, une bleue d'azur, une rouge-brun résultant elle-même du mélange de deux autres. Il décrit les propriétés chimiques et optiques de ces substances. Il signale en outre des substances aromatiques rappelant l'odeur des fleurs de tilleul. PAUL LOYE.

Untersuchungen über die schwarzen Farbstoffe der Choroidea und verwandte Pigmente (Recherches sur la matière colorante noire de la choroïde et des pigments analogues), par Eugen HIRSCHFELD (*Zeitschrift für physiologische Chemie*, *XIII*, *p.* 407).

Les opinions ont varié sur la constitution du pigment de la choroïde, la mélanine. Ainsi, Lehmann la considérait comme un produit de décomposition de l'hématine, et Nencki trouve qu'il ne présente aucun rapport avec la matière colorante du sang. L'auteur a étudié les pigments : 1° de la choroïde des yeux de bœuf; 2° la matière noire des pou-

mons et des glandes bronchiques; 3° le pigment du crin des chevaux noirs; 4° le pigment de la peau de la baleine (Walfishhaut).

Matière colorante de la choroïde. — L'auteur employa 140 yeux de bœufs. Il décrit longuement la manière dont il se servit pour obtenir la matière colorante privée de sang.

Les parties contenant la matière colorante sont finement coupées avec des ciseaux, agitées avec de l'eau dans une capsule et abandonnées au repos. Le liquide clair est ensuite décanté et le lavage de la matière colorante plusieurs fois répété. On peut, de cette manière, enlever complètement le sang. On lave les résidus avec de l'alcool à 90° et on recueille le précipité dans un entonnoir bouché avec de l'asbeste. Le précipité est épuisé plusieurs fois par l'éther dans lequel il est presque insoluble. On le traite à froid par l'acide chlorhydrique à 5 0/0, puis on enlève l'acide chlorhydrique par des lavages répétés à l'eau. On le dissout dans une solution de potasse à 2 0/0 au bain-marie, on filtre, on précipite par l'acide chlorhydrique, on décante, on recueille sur un filtre le précipité. On sèche et on obtient une masse brune donnant une poudre brune que l'on dessèche et que l'on épuise par l'alcool, l'éther, le chloroforme.

On obtient ainsi une poudre noire qui, chauffée sur la lame de platine, donne l'odeur de la corne brûlée. Elle est donc azotée! Elle ne fond pas et brûle en laissant une trace de silice. Elle ne contient ni soufre, ni fer.

La quantité de matière obtenue avec 140 yeux de bœufs est de 3gr,9. On la fondit avec cinq ou six fois son poids de potasse dans une cornue et on distilla, il se dégagea de l'ammoniaque, et le résidu, en plus de l'acide oxalique, n'était qu'un acide soluble dans la potasse, ayant pour composition C 65,82 H 4.13 O 30,05. Ce pigment de la choroïde est donc une substance humique.

L'auteur poursuit ses recherches. E. H.

Ueber die Aufnahme des Eisens in den Organismus der Säuglings (Sur l'arrivée du fer dans l'organisme des nourrissons), par C. BUNGE (*Zeitschrift für physiol. Chemie, XIII, p.* 398).

D'après les recherches de l'auteur, la quantité de fer contenue dans les cendres de 1 kil. de lait de chien, n'est que le tiers de celle que renferme 1 kil. de cendres d'un chien de 5 jours. Zalesky avait déjà trouvé que la quantité de fer contenue dans le foie d'un chien nouveau-né est 4 ou 9 fois plus grande que chez le chien qui se développe. E. H.

Recherches sur la répartition du fer chez les nouveau-nés, par LAPICQUE (*C. R. Soc. Biologie*, 22 *juin* 1889).

L'auteur a recherché, par un procédé spécial, la quantité de fer qui se trouve dans quelques organes des chiens nouveau-nés. La rate en contient peu, surtout si l'on compare le chiffre trouvé à ceux donnés par Malassez et Picard pour les adultes. Le foie en contient une quantité assez considérable, comme l'avaient reconnu Bunge et Zalesky. La moelle osseuse en contient plus que le foie.

Ainsi, des trois tissus auxquels on attribue la fonction hématopoiétique, c'est celui qui contient le plus de fer chez l'adulte, la rate, qui en contient le moins chez le nouveau-né. PAUL LOYE.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Traité d'anatomie pathologique, par E. LANCEREAUX (*T. III*, 2e *partie*, 1889).

L'ouvrage magistral de Lancereaux vient de se compléter de deux importants chapitres, qui comprennent l'anatomie pathologique spéciale de l'encéphale et des organes des sens. La moitié du volume est consacrée au cerveau, le reste au corps thyroïde, à l'œil et à l'oreille. L'auteur, fidèle à son plan général, passe en revue d'abord les anomalies de formation et de développement, puis celles de nutrition, ensuite les lésions inflammatoires. Le chapitre si complexe des encéphalites est à lire tout entier.

Lancereaux les divise en encéphalites parenchymateuses, qui comprennent certains cas d'hémiplégie congénitale, et en scléroses : celles-ci présentent de nombreuses variétés suivant qu'elles dépendent des lésions artérielles, qu'elles occupent l'écorce, les centres ou qu'elles se disséminent en îlots. L'étude de la paralysie générale rentre dans l'histoire de ces scléroses diffuses. L'encéphalite suppurée, avec ses variétés, complète cette étude, et conduit à l'énumération des néoplasies qui atteignent le tissu cérébral.

Les anomalies de circulation, telles que hyperémie, anémie, thrombose ou embolie, forment également un groupe important ; enfin les anomalies accidentelles comprenant les parasites de l'encéphale, ainsi que les divers traumatismes dont il peut devenir le siège, complètent l'histoire des lésions encéphaliques.

L'anatomie pathologique de l'œil et de l'oreille est conçue dans le même plan. L'auteur étudie successivement les anomalies de l'appareil excréteur et sécréteur de l'œil, les organes de protection du globe oculaire, et le globe oculaire lui-même. Il ne consacre pas de description spéciale aux lésions de l'iris, dont il fait un prolongement de la choroïde, et donne avec grand détail celle des altérations rétiniennes.

Ce livre n'est pas inférieur à ses devanciers : on y trouve la netteté, la précision et la sobriété de définition, une foule de vues originales, de faits cliniques et anatomo-pathologiques inédits, et enfin, une richesse de bibliographie qui fait de cet ouvrage un véritable dictionnaire d'*anatomie pathologique*. H. R.

Ueber Veraenderungen an den Gefässen der Hirnbasis (Altérations morbides des vaisseaux de la base de l'encéphale, par BUCHHOLTZ (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31, *p.* 704, 5 *août* 1889).

Buchholtz a examiné l'état des vaisseaux de la base de l'encéphale, à l'autopsie de 31 malades atteints : 19 de démence paralytique, 3 de syphilis cérébrale, 2 de tumeurs du cerveau, 4 de psychoses séniles, et 3 de troubles fonctionnels du système nerveux central.

L'examen microscopique a montré l'intégrité parfaite des vaisseaux chez ces 3 derniers, dont le plus âgé avait 47 ans.

Les vaisseaux étaient également normaux chez un malade mort de tumeur cérébrale à l'âge de 22 ans, et chez une paralytique, non syphilitique, âgée de 39 ans.

Chez 3 autres (1 tumeur cérébrale et 2 paralytiques, non syphilitiques, morts à 33 et 36 ans) les lésions d'endartérite étaient très peu marquées.

En revanche, dans les 24 autopsies restantes, il existait des lésions plus ou moins considérables. Dans les 3 cas les plus intenses, il s'agissait 2 fois d'athéromatose avancée (une démente sénile de 66 ans et un paralytique de 47 ans) et 1 fois de dégénération graisseuse et hyaline des produits de l'endartérite (syphilitique âgé de 52 ans).

Chez les 21 autres malades, il y avait, soit une endartérite chronique simple, soit des lésions se rapprochant de celles décrites par Heubner.

Il n'existait pas de différence essentielle entre les altérations vasculaires chez les syphilitiques et chez les non syphilitiques. Buchholtz en conclut que l'état des vaisseaux ne suffit pas pour établir un diagnostic rétrospectif de syphilis. J. B.

Determinazione del luogo di biforcazione dell' arteria meningea media in rapporto coll' operozione del Vogt, par C. **STAURENGHI** (*Il Morgagni*, *septembre* 1889).

L'opération de Vogt (ligature du tronc de l'artère méningée moyenne dans les cas d'épanchement sanguin intra-cranien) n'est possible que quand ce tronc se divise à au moins 40 millimètres de son entrée dans le crâne. Les conditions nécessaires n'étaient réalisées sur aucun des 5 crânes du musée d'anatomie normale de Pavie ; sur 73 crânes de sujets âgés de 11 mois à 100 ans, elle n'était possible que 4 fois des deux côtés et deux fois du côté droit seulement. Le procédé de Krönlein est préférable. GEORGES THIBIERGE.

Névrome atypique de l'encéphale, par **PILLIET** (*Bull. Soc. Anat.*, *p.* 425, 7 *juin* 1889).

Cette tumeur, siégeant au niveau des pédoncules cérébraux sur une fille de 21 mois morte d'hydrocéphalie, est constituée par un tissu de substance grise fœtale, avec des cellules nerveuses sans prolongements apparents, et par du tissu vasculaire envahissant et modifiant ce tissu primitif. C'est en somme une tumeur dont la place n'est pas encore bien nette dans la classification des tumeurs cérébrales. Pour cette classification, Bard, Raymond admettent encore celle de Virchow en sarcomes et gliomes, les gliomes étant les tumeurs de la névroglie et la névroglie, à son tour, n'étant qu'une modalité du tissu conjonctif. En réalité, il est prouvé aujourd'hui que la névroglie n'est pas conjonctive mais est, comme les éléments nerveux proprement dits, d'origine ectodermique. Ces tumeurs sont donc, comme les névromes centraux, d'origine ectodermique. Mais les tumeurs du feuillet externe ne sont jamais pures, car elles sont pénétrées et pour ainsi dire remaniées par des vaisseaux qu'accompagne du tissu conjonctif, c'est-à-dire par des éléments provenant du feuillet moyen. BROCA.

Subdurale Blutung aus abnorm verlaufenden Gehirnvenen (Hémorragie sous la dure-mère tenant à une veine anormale), par MITTENZWEIG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 683, 29 *juillet* 1889).

Les travaux de Huguenin, Rindfleisch, Sperling, ont fait admettre l'existence, même chez l'adulte, d'hémorragies primitives entre la dure-mère et l'arachnoïde, indépendamment de toute pachyméningite. Mais il est rare qu'on ait pu, comme dans le fait suivant, retrouver les veines déchirées.

Homme de 60 ans s'étant fait, dans une chute, une légère blessure de la tête qui s'accompagna de perte de la connaissance à plusieurs reprises. Céphalée, aucun symptôme paralytique. Etourdissements, sopor et mort le 9e jour. Autopsie : Voûte crânienne intacte. Dure-mère tendue à droite. Entre les méninges droites, 200 grammes de sang récemment coagulé. Au niveau du lobe pariétal, hémorragie arachnoïdienne.

Au niveau de la circonvolution centrale antérieure, à 4 centimètres de la scissure longitudinale, se trouve sur un vaisseau un petit caillot résistant. A ce vaisseau rompu correspond un vaisseau s'insérant anormalement sur la dure-mère ; des masses de sang coagulé adhèrent aussi solidement à ce dernier tronçon.

A la base du crâne, entre les fosses antérieure et moyenne, il y avait aussi beaucoup de sang coagulé entre les méninges, un peu de sang également dans la fosse antérieure gauche du crâne.

Pour se rendre compte du degré de fréquence de ces anomalies veineuses, Mittenzweig a examiné 200 méninges d'adultes. Il a constaté l'anomalie très marquée 59 fois dans le tiers antérieur du sinus longitudinal et 9 fois dans les deux tiers postérieurs.

Cela s'explique selon lui par la persistance des troncs veineux du feuillet interne de la dure-mère et par la dilatation de leurs anastomoses avec les veines cérébrales voisines.

En effet, il a trouvé presque constamment chez les nouveau-nés de nombreuses veines de la face interne de la dure-mère, ayant un trajet en sens contraire des veines méningées et se croisant souvent à angle droit avec elles. J. B.

The morphology of the actinomyces, par J. MACFADYCAN (*Brit. med. j.*, *p.* 1339, *juin* 1889).

Voici le résumé des recherches de l'auteur sur le développement de l'actinomycose.

Le point de départ consiste dans un ou plusieurs microcoques charriés dans le sang ou par les leucocytes. Ces cocci se multiplient par élongation et scissiparité ultérieure. Lorsque leur développement n'est pas gêné par les leucocytes voisins, il se produit à la façon de la croissance des streptocoques ; mais le plus ordinairement ils sont irrégulièrement groupés.

Par le fait de leur élongation, quelques-uns de ces cocci donnent naissance à des formes bacillaires courtes qui se transforment ensuite en longs filaments.

L'extension extérieure de la colonie se fait par la pullulation et l'accroissement simultané des filaments et des cocci. Les filaments se segmentent et donnent naissance à des filaments allongés comme les leptothrix :

mais ils peuvent provenir également directement des cocci. Inversement, les filaments, en se segmentant, donnent lieu à des cocci.

Les filaments représentent l'expression la plus active de la végétation des actinomyces : quand celle-ci se ralentit, on voit se produire les renflements claviformes qui ont été considérés comme caractéristiques du parasite.

L'accroissement d'une colonie peut être arrêté à ses différents stades par l'influence des leucocytes, ou par insuffisance du milieu nutritif.

Dans ces conditions, la plupart des filaments tendent à produire des renflements claviformes. Les cocci centraux et les filaments disparaissent par désintégration, tandis que les renflements claviformes, plus résistants, persistent presque indéfiniment. De là l'aspect qu'ils présentent et qu'on a considéré comme pathognomonique. H. R.

Thrombose artérielle sur un sujet tuberculeux. Dégénérescence amyloïde, par MALLET et VAQUEZ (*Soc. Anat.*, *p.* 455, 5 *juillet* 1889).

Les accidents d'oblitération artérielle, portant sur la sous-clavière, ont été fort nets sur le vivant. Ils n'ont pas eu le temps d'aboutir à la gangrène, le sujet ayant succombé rapidement après leur début. Il a été constaté à l'autopsie que plusieurs des ulcères avaient subi la dégénérescence amyloïde. Mais Vaquez a pratiqué l'examen microbiologique du caillot, principalement sur le point qui semblait avoir été l'origine de l'oblitération. Il a constaté que la thrombose était due à une lésion microbienne de la paroi. Les micro-organismes trouvés sont les streptocoques pyogènes, dont la porte d'entrée a très probablement été dans les cavernes pulmonaires. Pas de bacille de Koch. Cette thrombose est donc infectieuse, et due à une infection secondaire. Dunin est arrivé à des constatations analogues pour la phlegmatia de la fièvre typhoïde. Reste à déterminer si les microbes ont attaqué directement l'endartère ou, ce qui est plus probable, s'ils ont infecté la paroi par l'intermédiaire des vasa-vasorum. A. BROCA.

Beiträge zur Venenthrombose, par J. WEISS (*Wien. med. Presse*, *n°* 16, *p.* 645, 1889).

Deux observations de thrombose veineuse, l'une dans un cancer de l'estomac, la seconde dans la chlorose.

La mort, dans le second cas, a été due à une embolie de l'artère pulmonaire. Le sujet était une fille de 23 ans, chlorotique, souffrant depuis six semaines de douleur au pied droit et qui fit constater à l'auteur, le 12 février, un cordon dur et résistant à la partie moyenne de la cuisse droite. Du reste pas d'œdème du pied, mais des douleurs assez vives à la cuisse.

Le 19 février, douleur soudaine au côté gauche de la poitrine; matité, râles fins. Le 29 à 10 heures du soir, mort subite.

Autopsie. Thrombose ancienne de la veine crurale droite, thrombose récente de la veine iliaque du même côté, d'où s'est détaché l'embolus volumineux que l'on constate dans l'artère pulmonaire. A la base du poumon gauche existe un infarctus qui paraît dater de quelques jours et qui a probablement causé l'incident du 19 février. Il a fallu une nouvelle embolie pour amener la mort. L. GALLIARD.

Intravenœse Wucherung eines Sarkoms (Envahissement des veines du bras par un sarcome), par Karl ROSER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 704, 5 *août* 1889).

Femme de 70 ans à qui Roser désarticula le bras pour des douleurs intolérables causées par un sarcome, gros comme trois poings, qui entourait tout l'humérus. Guérison apyrétique, sans trace de suppuration.

Le sarcome, vraisemblablement parti de la gaine du nerf radial, a formé une tumeur plus volumineuse qu'un œuf de poule dans le long chef du triceps; de là, il a perforé une veine pour s'étendre à l'intérieur des veines profondes et superficielles du bras, sous forme de cordons dont certains dépassent l'épaisseur du pouce.

Les veines cutanées, jusqu'à l'avant-bras, sont remplies de thrombus sarcomateux, pellucides, ressemblant à des lombrics. Presque tous les muscles de l'humérus et de l'épaule ainsi que les nerfs médian et musculo-cutané renferment des noyaux secondaires fournis par les veines. Le chemin parcouru par le sarcome dans les veines dépasse 1 mètre. Les thrombus sarcomateux terminaux, qui sont les plus jeunes, sont encore mobiles dans les veines, tandis qu'au niveau des anciens il faut rompre de légères adhérences pour détacher la paroi veineuse. Le microscope montre des cellules fusiformes. Dans les coupes transversales faites sur des veines thrombosées, on reconnaît en quelques points des déchirures de la tunique moyenne et une hyperplasie de la tunique interne. Le centre des thrombus est percé d'une cavité contenant des vaisseaux, servant à leur nutrition.

On n'a publié qu'un fait semblable, c'est celui de Sick (*Beiträge zur Lehre vom Venenkrebs,* Tubingen 1852). J. B.

I. — Beiträge zur Aetiologie der Epithelialkrebse (Sur l'étiologie des carcinomes épithéliaux), par W. ZAHN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVII, Heft* 1).

II. — Beiträge zur Histogenese der Carcinome (Contribution à l'histogénèse des carcinomes), par F.-W. ZAHN (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVII, Heft* 2).

I. — 1° Zahn décrit, sur un homme de 58 ans, trois ulcères du pied : les deux antérieurs reproduisent, aussi bien sur les bords que dans le fond, le type structural de l'ulcère dit *mal perforant;* le troisième, qui est situé sur le talon du même pied, présente les caractères d'une tumeur ulcérée.

Les bords de cette dernière ont une conformation en choux-fleurs et rappellent la constitution des carcinomes épithéliaux de la vessie, du pénis, etc.; sur les coupes, la peau y montre des papilles considérablement hypertrophiées. Celles-ci sont formées d'une trame fibreuse, dans laquelle on remarque des espaces remplis d'épithélium pavimenteux. Cette tumeur a donc la structure typique du carcinome épithélial. La coïncidence de deux ulcères, ayant les caractères du mal perforant, avec un carcinome épithélial, démontre que le mal perforant n'est nullement un cancer de la peau. Quant à l'étiologie du carcinome, Zahn pense, après avoir constaté la sclérose des nerfs de la région, pouvoir regarder les modifications des tubes nerveux comme le fait du mal perforant, et, à la suite des troubles nutritifs consécutifs, comme la cause prochaine de la production du carcinome.

2° Zahn rapporte, en second lieu, deux cas de carcinomes primitifs du foie. Dans l'un des cas (femme de 50 ans), les côtes avaient une courbure

anormale et formaient un angle rentrant qui aurait provoqué l'irritation du tissu hépatique. Dans l'autre cas (homme de 67 ans), l'inflammation du foie aurait été déterminée par un tractus épais de tissu conjonctif reliant la circonférence du foie au côlon transverse. A la suite de cette irritation de cause mécanique, le tissu hépatique aurait proliféré et produit les deux tumeurs de nature épithéliale et cancéreuse.

II. — Zahn donne la structure de deux tumeurs cancéreuses, qui sont toutes deux à la période initale du développement. L'une provient d'une femme de trente ans et siège à la réunion du vagin et du col utérin. C'est un nodule, large de 8 millimètres et haut de 5 millimètres. Elle est constituée par une trame de tissu conjonctif disposée en alvéoles, et peu vasculaire. Ces derniers sont remplis de cellules de dimensions notables, dont le protoplasma est hyalin. Ces cellules sont aplaties et disposées en zones concentriques par rapport au centre de l'alvéole. Les éléments les plus internes forment des masses perlées dans lesquelles les noyaux ne sont plus visibles. La tumeur est limitée du côté de l'utérus par une zone constituée de cellules arrondies.

Les éléments cellulaires de la tumeur ayant tous les caractères de l'épithélium vaginal, Zahn regarde comme probable qu'ils dérivent de ce dernier. En proliférant, ils auraient pénétré dans les espaces lymphatiques de la muqueuse, et en continuant à se multiplier, ils les auraient dilatés, ce qui amène la formation d'un *carcinome épithélial.*

La seconde tumeur s'était développée dans la paroi postérieure du pylore d'un homme de 81 ans et avait un diamètre transversal de 10 millimètres et un longitudinal de 5 millimètres. Elle présente une trame alvéolaire qui se prolonge jusque dans la tunique musculaire et des espaces allongés tapissés de cellules cylindriques. Mais il y a une différence notable entre le contenu des alvéoles superficiels et celui des espaces intermusculaires. Dans les premiers, il n'y a qu'une rangée de cellules cylindriques, qui, peu à peu, ont modifié leur forme en approchant des faisceaux musculaires, de telle sorte que les alvéoles intermusculaires présentent des éléments polymorphes remplissant toute la cavité.

Ces faits montrent qu'il s'agit ici d'un carcinome à épithélium cylindrique, qui est sur le point de se transformer en un carcinome ordinaire. Ajoutons que la tunique musculaire était notablement hypertrophiée à ce niveau, simulant un myome; ce phénomène est d'autant plus intéressant qu'il nous indique nettement que la pénétration de bourgeons épithéliaux est capable de provoquer la prolifération non seulement du tissu conjonctif (alvéoles), mais encore du tissu musculaire. ED. RETTERER.

Ueber einen Fall von Myocarcinom des Uterus (**Sur un cas de myocarcinome de l'utérus**), **par V. LIEBMANN** (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXVII, Heft* 1).

Il s'agit d'une malade de 44 ans, qui à deux reprises dut subir l'ablation de tumeurs utérines et qui mourut quelques mois plus tard avec tous les symptômes de la cachexie cancéreuse. L'autopsie démontra la présence d'une masse polypiforme dans les parois utérines, ainsi que l'existence de nombreuses tumeurs dans le parenchyme pulmonaire. L'examen microscopique établit que les fibres musculaires de l'utérus sont le siège d'une prolifération très active, que le tissu conjonctif est rare et que des traînées cellulaires

traversent les faisceaux musculaires. Ces traînées cellulaires sont abondantes et rappellent la moelle osseuse : les cellules qui les constituent sont les unes arrondies, les autres anguleuses, d'autres polyédriques, d'autres encore fusiformes; elles sont disposées en rangée unique ou sur deux ou plusieurs couches. Les coupes donnent l'image d'un carcinome médullaire dans lequel la trame est constituée, non pas par du tissu conjonctif, mais par des faisceaux musculaires lisses. Ces derniers s'entre-croisent en tous sens et déterminent ainsi des alvéoles remplis par les traînées épithéliales. Les fibres musculaires qui limitent celles-ci, présentent une multiplication abondante des noyaux.

Les tumeurs pulmonaires ont une texture analogue et doivent être regardées comme provenant d'une irritation des fibres musculaires de cet organe.

Ces faits montrent que l'on a affaire à un myocarcinome, c'est-à-dire à un carcinome formé de muscles lisses et de cellules épithéliales. Les fibres musculaires lisses sont en prolifération à la limite du carcinome: sur le bord de celui-ci, elles ont donné naissance à des groupes de petites cellules, et, enfin, au centre des alvéoles, ce sont de grandes cellules à protoplasma abondant et ayant la configuration d'un épithélium.

Il résulterait de cette description que les fibres musculaires lisses sont capables de se transformer, par métaplasie, en un tissu épithélial.

ED. RETTERER.

Nouvelle contribution à l'histoire du carcinome primitif des ganglions lymphatiques, par CHAMBARD (*Progrès médical*, 1er *juin* 1889).

Il s'agit d'un homme de 41 ans, atteint d'alcoolisme chronique. L'affection débuta par un ganglion rétro-maxillaire, gros comme une amande, lisse, ferme, indolore, mobile sous la peau; le malade fut soumis à une médication antiscrofuleuse; quelques mois après, la tumeur était beaucoup plus volumineuse, immobile, adhérente à la peau et fluctuante; une ponction en fit sortir un pus grumeleux et carieux. Bientôt la tumeur grossit par l'adjonction d'autres ganglions soudés avec elle, et la plaie restait béante, suppurante; puis ses bords devinrent durs, déchiquetés, en même temps que paraissaient dans le derme des tubercules squirrheux. Le malade succomba à la cachexie, un an après le début des accidents.

A l'autopsie on trouva une tumeur grosse comme trois fois le poing, étendue de l'angle de la mâchoire jusque dans l'aisselle, au-devant de la clavicule, et dans la région sous épineuse; elle se propageait par une chaîne de ganglions dans le médiastin, devant l'aorte jusqu'à sa bifurcation, où existait une nouvelle masse de ganglions soudés. La tumeur principale présentait à la coupe tous les caractères du squirrhe; les ganglions les moins touchés avaient un aspect sarcomateux. Un seul organe était altéré, le rein gauche, dans son tiers supérieur, qui était contigu à la masse ganglionnaire lombaire et infiltré de nodules carcinomateux. L'examen histologique des ganglions, de la peau et du rein confirma le diagnostic en montrant l'existence d'alvéoles et de cellules atypiques épithélioïdes, disposées sans ordre, non cimentées H. L.

Lymphangiomes et kystes séreux, par BARABAN (*Archiv. de médecine expérimental.*, 1er *juillet* 1889).

La tumeur décrite par Baraban présente des caractères tels qu'on

peut la faire rentrer à la fois dans le cadre des lymphangiomes ou dans celui des kystes séreux congénitaux. Elle fournit une base anatomique certaine à la théorie qui considère ces kystes séreux comme des productions du système lymphatique. Cette base anatomique, c'est la transformation des parois des troncs lymphatiques en tissu caverneux de nature également lymphatique. A. GILBERT.

Du processus histologique que développent les lésions aseptiques du foie produites par injections intra-parenchymateuses d'acide phénique (Régénération hépatique), par LAPEYRE (*Thèse de Montpellier*, *n°* 21, 1889).

Les injections d'acide phénique développent dans le foie des lésions qui sont rapidement réparées par du tissu néoformé.

Le tissu régénéré naît aux dépens des cellules hépatiques ou de l'épithélium des conduits biliaires qui prolifèrent et donnent naissance à de nombreux noyaux. Ceux-ci se transforment à leur tour en cellules hépatiques.

Le noyau, ou cytoplasme, de la cellule hépatique disparaît d'abord, pour se régénérer aux dépens des globules rouges du sang.

L'intervention de l'hématie dans la formation cytoplasmique se révèle par l'observation directe et par des colorations spéciales.

Les éléments néoformés sont teints en jaune avec l'acide picrique, rouge brique avec l'éosine et rouge grenat avec la safranine.

Ces électivités colorantes sont spéciales aux éléments néoformés.

Les cellules néoformées se disposent sous forme de tubes qui sont rattachés aux divisions terminales de l'appareil biliaire. Ces tubes forment des groupements bien définis, que l'auteur désigne du nom de *lobule biliaire*, d'après l'expression de Sabourin.

Le foie doit être considéré comme une glande biliaire en tubes composée.

Le tissu régénéré se dépose dans les mailles d'un réseau connectif à minces fibrilles. Ce réseau se développe aux dépens d'une substance amorphe et en dehors de toute intervention des éléments cellulaires du tissu conjonctif. Une fois la régénération terminée il disparaît rapidement.

Les néo-canalicules biliaires se développent aux dépens des travées hépatiques dont les cellules se multiplient activement et perdent leur cytoplasme. Plus tard ces néo-canalicules se transforment en travées hépatiques.

L'évolution néo-canaliculaire passerait donc par deux phases principales : a) phase nucléaire ; b) phase de reconstitution cellulaire.

En se fondant sur les phases évolutives de la cellule hépatique néoformée, Lapeyre admet que les phénomènes de la prolifération cellulaire comprendraient deux périodes distinctes :

1° Période de division du noyau. Karyokinèse.

2° Période de formation cytoplasmique. Cytoplasmokinèse.

Ce viscère produit la bile aux dépens des hématies, et la glycose et l'urée ne sont probablement que des produits de désassimilation du globule rouge.

Le développement de volume du foie se fait d'après le type de la régénération et aux dépens de noyaux qui passeraient par les stades évolutifs qui ont été décrits. A. MOSSÉ.

Ein Fall von Perforation eines perityphlitischen Abscesses in die Pleurahoehle mit eitrigem, Koth vermischtem, pleuritischem Exsudat (Perforation de la plèvre par un abcès périty phlitique ; exsudat pleurétique pyo-fécaloïde), par E. GRAWITZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 712, 12 *août* 1889)-

Femme de 37 ans, prise brusquement, au milieu de mai, après trois jours de constipation, de fièvre, vomissements et douleurs dans le flanc droit.

Ensuite sont apparues de la toux et de la gêne respiratoire.

A l'entrée à l'hôpital, le 31 mai, obnubilation intellectuelle, aucune plainte, respiration accélérée superficielle ; par instants, toux avec crachats blancs, mousseux. Pouls très fréquent de 120 à 140°, petit. Langue sèche, brune. Vomissements répétés, surtout bilieux, éructations et nausées. Selles abondantes. Urine contenant beaucoup d'indican ; 39°.

Les jours suivants, matité à la base du poumon droit en arrière. Des thoracentèses multiples donnent issue à un liquide séro-sanguinolent ; on n'en fait plus dans les derniers jours de la vie. Abdomen météorisé uniformément, non douloureux à la pression. Dans la région iléo-cæcale, matité obscure et gargouillements.

Épuisement progressif, sans nouveaux symptômes, et mort le 19 juin.

Autopsie. — Dans le bassin, petite quantité de pus mêlée de matières fécales. Au niveau de la fosse iliaque droite, anses intestinales soudées entre elles.

Appendice vermiforme transformé en un sac anfractueux ulcéré, et présentant une perforation qui verse son contenu dans la cavité péritonéale. Juste à l'entrée, l'appendice contient un coprolithe stratifié gros comme un haricot. La partie correspondante du cæcum est soudée à l'iléon, et l'un et l'autre intestin sont couverts de pus gangreneux par place, et communiquent librement par des perforations multiples cratériformes, à base du côté de la séreuse ; ces perforations ont les dimensions de pièces de 10 pfennigs.

Communiquant aussi avec l'intestin se trouvait, dans l'espace rétropéritonéal, une cavité anfractueuse qui commençait à l'appendice vermiforme, occupait toute la fosse iliaque et remontait par derrière le rein droit en arrière du duodénum. Les parois de cette cavité sont gris verdâtre, ulcérés et constituées par du tissu conjonctif infiltré : elles contiennent des matières fécales fluides. La paroi postérieure de la portion horizontale du duodénum offre trois perforations grosses comme des haricots à bords gangrenés, qui font communiquer cet intestin avec le foyer rétropéritonéal.

Celui-ci, arrivé au niveau de la neuvième ou de la dixième côte, pénètre dans la partie postérieure de la moitié droite du diaphragme, s'y creuse un trajet de 4 centimètres de large sur 15 de long, perfore le muscle au sommet de sa convexité, et débouche ainsi dans la cavité pleurale droite par un orifice à bords déchiquetés, grand comme une pièce de 10 pfennigs.

La cavité pleurale droite renferme un demi-litre de pus fécaloïde, couleur purée de pois.

Le sein droit renferme un pus jaune verdâtre.

Périnéphrite et néphrite parenchymateuse hémorragique du côté droit.

Pas de péritonite généralisée. Périhépatite chronique. J. B.

Seltene Missgeburt (Monstre rare), par J. BALIN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 12, *p.* 257, 25 *mars* 1889).

Variété d'omphalosite expulsé immédiatement après un jumeau bien conformé et vivant, du sexe masculin. Le placenta était unique. Le monstre, long de 11 centimètres, se compose d'un bassin rudimentaire avec organes génitaux masculins et de deux membres inférieurs. Il ne présente aucune trace de macération. Un cordon ombilical, d'une longueur de 5 centimètres,

s'insère au niveau du bord inférieur du bassin. Un peu plus bas et plus en arrière, se voient le scrotum, qui ne renferme pas de testicules, et le pénis avec orifice urétral punctiforme. Manque absolu d'anus. Les cuisses, normales de conformation, sont unies au bassin par des articulations mobiles. Les tibias sont incurvés en bas et en dehors. Celui de droite se termine, à fleur de peau, sous le dos du pied, tandis que son congénère se recourbe en arrière, puis forme le talon gauche. Les péronés, au niveau de leur extrémité inférieure, perforent la peau. Le pied gauche a un orteil surnuméraire implanté à son côté interne. J. B.

Description anatomique d'un monstre n'appartenant à aucun type décrit, par BIMAR (*Gaz. hebd. Montpellier*, *n°* 13, 1888).

Il s'agit d'un monstre, né à terme, qui présentait :

1° Un spina bifida occupant toute la colonne vertébrale et la partie postérieure du crâne (fissure occipitale);

2° Une atrophie considérable de la colonne avec déviation de cette tige osseuse et atrophie des muscles postérieurs du tronc et du cou;

3° Une hydrocéphalie ventriculaire du cerveau avec hydrorachis. Le monstre décrit par Bimar se rapproche de la variété des *iniencéphales* de Geoffroy Saint-Hilaire, mais il en diffère en ce que chez ceux-ci le cerveau est situé en partie hors du crâne qui est fortement déprimé.

Les monstres observés, l'un par Bouteiller, de Rouen (1853); l'autre par Giraldès et J. Guérin (1880), peuvent être considérés comme analogues à celui décrit par l'auteur. A. MOSSÉ.

Teratogenia sperimentale nei mammiferi, par GIACOMINI (*Giornale della R. Accad. di medic. Torino, juin-juillet* 1889).

De nombreuses expériences faites sur des lapines, l'auteur conclut que quand la lésion expérimentale des vésicules blastodermiques par des agents mécaniques est capable de produire l'arrêt complet du développement, l'embryon et les membranes se désagrègent, se détruisent et sont absorbées sur place sans accident pour la mère; quand la lésion atteint mortellement l'embryon sans léser les membranes, celles-ci continuent encore pendant quelque temps à se développer, tandis que l'embryon disparaît; si la lésion est moins violente, l'embryon continue encore à vivre et à se développer, mais son évolution n'est plus normale, il est très modifié tant dans sa conformation extérieure que dans sa constitution intime et présente différentes formes atrophiques; dans certains cas, l'opération n'empêche pas la naissance de produits complètement normaux. GEORGES THIBIERGE.

Monstres cyclopes chez les mammifères, par C. PHISALIX (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *XXV*, *p.* 66, 1889, *avec deux planches et figures dans le texte*).

Cette étude, qui a porté sur des montres appartenant au mouton, au chien et à l'homme, confirme les corrélations étroites que Dareste a indiquées, chez l'embryon, entre les vésicules optiques et la vésicule cérébrale antérieure, les modifications qui surviennent dans l'une de ces parties retentissant nécessairement sur l'autre. En d'autres termes on trouve chez les divers cyclopes, pour une même forme de cette monstruosité, des rapports constants entre l'état de l'œil et celui du cerveau : dans la cyclopie incomplète (présence des deux cristallins), les hémis-

phères cérébraux ont conservé leur disposition embryonnaire primitive, celle d'une vésicule impaire communiquant largement avec la vésicule cérébrale antérieure; dans la cyclopie complète ou totale (un seul cristallin), la vésicule des hémisphères ne s'est pas développée et, par contre, les autres parties de l'encéphale ont pris un développement plus grand.

Mais, d'autre part, les parties annexes de l'œil, muscles et nerfs, dont l'auteur a fait une complète et sérieuse étude, présentent des dispositions très variables et sans rapport constant avec la forme de la cyclopie. C'est pourquoi il paraît difficile de poser une loi générale expliquant des faits si dissemblables, et notamment d'admettre comme origine de ces désordres une même cause mécanique, l'arrêt de développement par compression de la part de l'amnios. L'auteur pense donc que le plus souvent cette monstruosité est sous l'influence d'états pathologiques, et que c'est surtout à des troubles de nutrition très précoces qu'il faut en rapporter l'origine. Ainsi on trouve l'ossification précoce du sphénoïde dans un cas, l'absence d'ossification dans l'autre, et il est impossible que ces lésions profondes soient sous la dépendance d'une compression de l'amnios.

Cette étude soulève et contribue à expliquer diverses questions d'embryologie, d'histogenèse et de morphologie générale : tels sont les points suivants :

La disposition des plexus choroïdes confirme le fait embryologique de l'indépendance primitive du plexus choroïde, des ventricules latéraux et de celui du troisième ventricule. — La structure de la rétine du chien cyclope tendrait à prouver qu'à l'état normal la couche des fibres nerveuses est celle qui se développe une des premières. — La soudure des nerfs moteurs oculaires entre eux, chez l'enfant cyclope, est en rapport intime avec l'arrêt de développement de la première cavité céphalique. Il en est de même de la fusion du moteur oculaire comme avec la branche ophtalmique, chez le mouton. — L'absence de la corde du tympan et des branches linguales de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien, l'atrophie de la racine motrice du trijumeau et du nerf maxillaire inférieur, chez le mouton cyclope et otocéphale, se trouve en parfaite harmonie avec la loi des connexions nerveuses. — La présence, chez le chien cyclope, de rameaux sensibles du pathétique, corrobore la théorie de la nature mixte de la quatrième paire, opinion soutenue antérieurement par l'auteur, d'après ses études sur le mode d'origine des racines de ce nerf chez l'embryon humain. — Dans l'étocéphalie, l'oreille interne n'a subi aucune modification ; l'oreille externe seule à éprouvé des transformations en rapport avec l'atrophie des deux premiers arcs visceraux.

M. DUVAL.

Description d'un monstre pygomélien... par Edouard BUGNION (*Revue méd. Suisse romande, IX*, 333, *juin* 1889).

La pygomélie pubienne assez fréquente chez les animaux n'a pas été rencontrée chez l'homme par Is.-Geoffroy Saint-Hilaire. Bugnion n'en a trouvé dans les ouvrages de tératologie qu'un seul cas décrit par Von Baer (*Mém. Acad. Pétersbourg*, 6e série, *Sc. natur.*, IV, 1845, p. 166) et reproduit plus tard dans leurs traités par Fœrster et par Ahlfeld sous le

nom de dipygus parasiticus. Celui de Bugnion s'en différencie par de nombreuses particularités.

Femme de 20 ans, mariée depuis 5 ans et mère de deux filles bien conformées. Elle porte, attaché au-devant du pubis, un bassin surnuméraire incomplet, auquel sont appendues deux jambes atrophiées, repliées et anormales. Ce monstre parasite est fixé par un pédicule de 33 centimètres de tour. Dans les plis inguinaux, au niveau de l'insertion du pédicule, se voient deux saillies brunâtres, une de chaque côté, paraissant représenter des mamelles rudimentaires. Le bassin de l'autosite forme un anneau complet ; le toucher vaginal révèle en outre que la face interne de la symphyse proémine anormalement dans la cavité pelvienne ; néanmoins les deux accouchements ont été spontanés.

Le bassin du parasite, atrophié, probablement privé de sacrum, est soudé par ses pubis aux os homologues de l'autosite. Il est placé de telle façon que le détroit supérieur est situé en dessus. Mais ce bassin est tellement rétréci et comprimé pour ainsi dire entre les cuisses, que sa cavité est presque nulle et ne paraît renfermer aucun viscère. L'anus est représenté par une fossette imperforée. Le parasite ne possède pas d'organes génitaux externes. Les cuisses fléchies sur le bassin semblent attachées aux os iliaques par du tissu fibreux plutôt que par une articulation véritable. Elles ne peuvent exécuter aucun mouvement actif. La cuisse gauche du parasite (celle qui répond au côté droit de l'autosite) se dirige en avant et la jambe est pliée de façon que le pied atteint justement la ceinture ; la jambe est atrophiée ; le 4e et le 5e orteils sont soudés l'un à l'autre. Le membre inférieur droit du parasite est moins bien formé ; sa partie inférieure se trouve placée sous la cuisse gauche de l'autosite ; les deux genoux et les pieds sont ankylosés ; la jambe droite est soudée à la face postérieure de la cuisse sur une étendue de 17 centimètres. Le pied droit est en varus, élargi en palette ; le gros orteil, bifide, est dépourvu de 2e phalange ; par contre, sa 1re phalange est double, formée de deux os juxtaposés, articulés sur un métatarsien unique ; le petit orteil est également bifide. Pas de pouls appréciable au niveau du parasite. Laissé quelque temps à découvert, le parasite se refroidit rapidement et donne une impression désagréable de froid au sujet principal. La sensibilité tactile au niveau du parasite est normale jusqu'au tiers inférieur de la jambe, où elle commence à diminuer graduellement. J. B.

Ueber die Geburt eines Anencephalus mit Pseudohermaphroditismus masculinus, par FLOTHMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 6, *p.* 109, 1889).

L'auteur a été appelé pour achever l'extraction d'un enfant dont la tête était déjà hors du vagin, mais dont les épaules ne pouvaient pas se dégager. L'accouchement fait, il constata que les dimensions de la tête étaient extrêmement réduites. L'enfant pesait 4 kilogrammes. A l'autopsie, le cerveau était remplacé par une masse de tissu conjonctif, riche en vaisseaux, creusée de cavités kystiques. On ne trouvait que des vestiges de la substance cérébrale.

Les organes génitaux étaient ceux du sexe masculin, mais le testicule droit était retenu dans l'abdomen ; le testicule gauche siégeait dans les bourses. On trouvait, en arrière des vésicules séminales, un utérus assez volumineux ; le vagin s'abouchait dans l'urètre et pouvait être cathétérisé par l'urètre. Pas de trompes. Il y avait donc pseudo-hermaphrodisme masculin. L. GALLIARD.

Ectrodactylie symétrique chez une femme et chez son fils, par BOINET (*Gaz. hebd. de Montpellier*, *n*os 29-30, 1889).

Chez une femme annamite de 26 ans et chez son enfant âgé d'une dizaine

de mois, Boinet a observé deux exemples curieux d'ectrodactylie symétrique. La mère et l'enfant étaient d'ailleurs bien constitués et ne présentaient d'autres malformations congénitales que de la monodactylie symétrique des mains et de la bidactylie symétrique des pieds (pince de homard). La femme marche très bien, se sert habituellement de sa pince pour saisir des objets jetés sur le sol. Les branches de la pince sont très mobiles et exécutent des mouvements plus variés et plus étendus que ceux du pied normal. A. MOSSÉ.

Anatomie des organes génito-urinaires d'un chien hypospade, par Ed. RETTERER et H. ROGER (*Journal de l'Anat. et de la Physiolog.*, *n°* 2, *XXV*, *p.* 113, *avec* 1 *planche et figures dans le texte*, 1889).

Il s'agit d'un cas tératologique très intéressant par la précision avec laquelle il permet de comprendre l'arrêt de développement du fourreau de la verge (prépuce) et de la paroi inférieure de la portion bulbaire de l'urètre. Mais l'étude histologique de la verge et de la gouttière périnéale amène les auteurs à des conclusions nouvelles relativement aux rapports du gland avec le bulbe de l'urètre. En effet, chez l'animal en question, l'existence d'un gland, conformé dans ses trois quarts dorsaux comme celui d'un chien normal, ne permet pas d'accepter l'opinion classique qui fait du gland une gaine érectile dépendant tout entière du corps spongieux de l'urètre. Comme l'avait indiqué Nicolas dans ses études sur le développement du gland du bélier, comme l'avaient établi les recherches embryologiques de Tourneux, pour l'homme, comme enfin le montre le cas actuel de dissociation produite par l'arrêt d'évolution, la partie supérieure (formant au moins les trois quarts) du gland n'est autre chose que la partie terminale des corps caverneux, et c'est seulement la moitié inférieure qui est une dépendance du corps spongieux. Pour la production du gland, il y a donc coalescence du corps caverneux et du corps spongieux, mais le premier prend une part prépondérante. M. D.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

L'abaissement de la température chez l'homme après perte de la sensibilité pour le froid et le chaud, suggérée dans l'état hypnotique, par MARÈS et HELLICH (*C. R. Soc. Biologie*, 15 *juin* 1889).

Les auteurs pensent que le sommeil hibernal des marmottes, des loirs, etc., est un phénomène de l'état hypnotique dans lequel l'animal perd sa sensibilité pour le froid. En suggérant à une femme hypnotisée la perte de la sensibilité pour le froid, ils ont provoqué un état analogue au sommeil hibernal, c'est-à-dire une sorte de mort apparente. On sait que la sensibilité pour le froid et le chaud est le principal régulateur de la constance de température. Les fakirs de l'Inde ne font peut-être que perdre, par auto-suggestion, la sensibilité thermique. PAUL LOYE.

Du mécanisme de la mort des lapins transfusés avec le sang de chien, par G. HAYEM (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 25 *février* 1889).

Les recherches de Ch. Richet et Héricourt ont montré la faible résistance qu'opposent les lapins aux injections de sang de chien. En cherchant le mécanisme de cette mort, on voit qu'elle a lieu par une asphyxie qui résulte de l'arrêt du sang dans le cœur droit, qui est rempli de concrétions cruoriques. C'est qu'en effet les hématies du lapin se dissolvent dans le sérum du chien : il y a destruction massive de globules rouges, et on sait que, au moins chez le lapin, le sang dissous provoque la formation de thromboses considérables. Ces faits rentrent dans l'ordre de ceux que l'auteur a décrits antérieurement sous le nom de *concrétions par précipitation*, et ces études sur les effets du mélange de deux sangs d'espèce différente sont de nature à jeter un grand jour sur la pathogénie des thromboses et des embolies d'origine dyscrasique. M. D.

Suggli effetti delle ferite del cuore (Sur les effets des blessures du cœur), par G. MARTINOTTI (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, *n°* 7, 1888).

Les blessures du cœur produites chez les animaux avec une aiguille se cicatrisent par néoformation de tissu conjonctif provenant du tissu conjonctif interstitiel ; les fibres musculaires, tout en présentant au début des signes manifestes d'activité cellulaire, ne contribuent pas ou contribuent peut-être pour une faible part à fermer la perte de substance. Lorsqu'il se fait une infiltration de sang dans la paroi du cœur, elle tend, en général, à se porter vers la pointe. Parfois la cicatrice se laisse distendre, ou bien il se produit une infiltration considérable de sang dans les bords de la plaie, et ces accidents peuvent amener la mort alors que la blessure paraît guérie depuis longtemps. GEORGES THIBIERGE.

Précis de microbie médicale et vétérinaire, par L.-H. THOINOT et E.-J. MASSELIN (*In-16 avec fig. col., Paris*, 1889).

Ce petit et coquet volume constitue un manuel des plus pratiques et des plus complets pour les études bactériologiques.

La première partie traite de la technique générale, avec un grand luxe de détails et de figures : on sait quelle importance a dans ces recherches la précision des expériences.

La seconde partie est consacrée à l'étude des diverses maladies : 1° communes à l'homme et aux animaux (charbon bactéridien, tuberculose, morve, septicémie, actinomycose, suppuration) ; 2° maladies spéciales aux animaux (charbon bactérien, choléra des poules, rouget, farcin). Signalons dans cette partie un chapitre consacré à l'étude d'une maladie spéciale, la septicémie spontanée du lapin. Ces recherches inédites ont été faites par les auteurs de ce volume.

En voici le résumé :

Le micro-organisme de la septicémie spontanée du lapin est un aérobie facultatif qui prend chez le lapin, le cobaye et dans les milieux de culture l'aspect d'un diplococcus mobile, tandis que chez les oiseaux il prend toujours la forme d'un bacille à espace clair. Il pousse abondamment à l'air et dans le vide, dans tous les bouillons, sur la gélatine, qu'il ne liquéfie pas, sur la gélose simple ou glycérinée; il ne pousse pas sur la pomme de terre.

Il tue le lapin, le cobaye et tous les oiseaux ; il se colore dans les solutions hydroalcooliques faibles, par la méthode de Lœffler ou de Malassez, mais ne se colore pas par la coloration de Gram ou de Weigert.

3° Enfin les maladies spéciales à l'homme (choléra, typhoïde, lèpre, diphtérie, pneumonie fibrineuse).

Les auteurs n'ont donné place dans leur manuel qu'aux maladies nettement définies, dont la preuve microbienne est sans conteste ; on ne s'étonnera donc pas de certaines lacunes (tétanos, etc.).

C'est une œuvre pratique et scientifique et non pas simplement élémentaire, comme le disent les auteurs. A. CARTAZ.

Zur bacteriologischen Tecknik, par GÜNTHER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 20, *p.* 400, 1889).

L'auteur a trouvé le moyen de placer sur la lame de verre la couche mince d'agar qui contient les cultures; il a la précaution de déposer préalablement une goutte de glycérine, et, avant de mettre la lamelle, une seconde goutte. S'il y a trop de glycérine il en absorbe l'excès à l'aide d'un tube capillaire. Les préparations ainsi obtenues se conservent longtemps.

Pour empêcher le contact des pommes de terre destinées aux cultures avec l'eau de condensation, l'auteur met dans l'éprouvette un fragment de tube en verre de 2 centimètres dont les extrémités ont passé dans la flamme, puis il place le cylindre de pomme de terre préparé d'après le procédé de Globig, il bouche avec l'ouate. L'éprouvette est mise trois jours de suite dans la vapeur d'eau bouillante pendant 30 minutes en moyenne. L. GALLIARD.

La maladie pyocyanique, par A. CHARRIN (*In-8°, Paris*, 1889).

Charrin s'est attaché à constituer l'affection que provoque l'inoculation du bacille du pus bleu, parce que cette affection réunit les trois termes importants d'une maladie infectieuse d'étude, à savoir : 1° un microbe pathogène, offrant des réactions faciles et permettant d'éviter toute erreur; 2° un animal sur lequel l'infection se développe avec une grande variété de symptômes; 3° des substances chimiques fabriquées par le microbe et agissant sur l'animal.

Dans le premier chapitre se trouvent établies les notions de variations de formes et de variations de fonctions, ainsi que la façon dont agissent les antiseptiques qui influencent la vie, la multiplication, le fonctionnement des microbes.

La partie clinique et anatomique montre que les maladies changent d'aspect, de lésions, de formes, de gravité, de bénignité, suivant les espèces animales, et pour une même espèce, suivant les qualités et les quantités du virus, suivant la porte d'entrée, suivant mille modifications du côté du terrain. A noter plus particulièrement la paralysie pyocyanique étudiée avec un grand luxe de détails, la dégénérescence amyloïde reproduite expérimentalement pour la première fois, et enfin les ressources de la physiologie introduites dans l'étude des maladies infectieuses expérimentales. A noter aussi cette donnée que la pathologie microbienne montre à la fois l'importance du microbe et l'importance du terrain.

La maladie pyocyanique une fois connue dans son étiologie, dans ses signes, dans ses lésions anatomiques ou fonctionnelles, dans ses conditions de gravité ou de légèreté, Charrin s'efforce de pénétrer le mécanisme de tous ces troubles; il reproduit, à l'aide de cultures stérilisées, l'entérite, les hémorragies, la fièvre, et surtout la paralysie spéciale, etc.

A côté du rôle des poisons microbiens, il réserve une part aux accidents mécaniques et à l'auto-intoxication. Il explique les causes de la mort et de la guérison, les raisons qui font que l'affection se produit lorsque le microbe a disparu.

Le chapitre de l'immunité contient la démonstration, faite par l'auteur, depuis deux ans, de la possibilité de créer l'état réfractaire, grâce à des substances solubles. S'appuyant surtout sur l'élimination par les urines des matières fabriquées par le microbe, l'auteur, sans repousser complètement les théories purement chimiques, donne à entendre qu'elles ne peuvent tout expliquer.

Après avoir admis l'importance relative du phagocytisme et des lésions locales, il envisage l'immunité comme une propriété cellulaire héréditaire ou acquise par éducation.

Dans les pages suivantes se trouve poursuivie l'étude des matières morbifiques et vaccinantes, dont l'existence a été démontrée, non seulement dans les cultures, mais aussi dans les urines et le sang de l'animal inoculé. Ces recherches conduisent à soulever la question, d'une haute portée théorique et pratique, qui consiste à se demander si ces diverses substances sont un même principe ou des principes différents.

Le livre se termine par un chapitre sur les infections mixtes, qui met

en évidence l'importance des associations microbiennes : celles-ci s'influencent surtout par leurs produits chimiques. PAUL LOYE.

Étude sur la culture des micro-organismes anaérobies, par A. FOUREUR (*Thèse 22 juillet* 1889).

Foureur a imaginé avec R. Wurtz un appareil permettant de cultiver dans le gaz de l'éclairage les micro-organismes anaérobies. Grâce à cet appareil, pour la description duquel nous renvoyons au mémoire original, il a pu cultiver dans le bouillon le vibrion septique, le bacillus butyricus, le charbon symptomatique, et il a pu obtenir en milieu solide la culture du charbon symptomatique, dont il donne la première description : colonies d'un blanc jaunâtre, discoïdes, ayant quelquefois au centre de leur face connexe un petit point saillant semblable à l'axe d'une roue, le diamètre de ses colonies ne dépasse pas 3 à 4 millimètres. Le vibrion septique cultivé sur plaque forme des taches d'un blanc mat, à contours mal déterminés et offrant une striation légère. GEORGES THIBIERGE.

Vibrio Metchnikovi, vaccination chimique, par GAMALEIA (*Annales de l'Institut Pasteur, octobre* 1889).

Les expériences de Gamaleia sur le vibrio Metchnikovi sont d'autant plus importantes que la vaccination contre ce microbe présente de profondes analogies avec la vaccination anticholérique, quoique les substances chimiques vaccinantes soient certainement différentes dans les deux cas. L'injection de liquide de culture stérilisé par la chaleur est toxique pour les animaux d'expériences, elle peut servir aussi pour la vaccination chimique. La susceptibilité d'un animal donné à l'action toxique du vaccin marche proportionnellement à la facilité avec laquelle il se vaccine contre le virus vivant; la dose totale nécessaire à la vaccination est celle qui tue quand elle est donnée d'emblée. Suivant les animaux, on voit varier les différentes formes d'immunités par rapport à la dose mortelle, aux troubles nerveux, aux perturbations thermiques, aux lésions locales, à l'infection vivante : ces immunités sont loin de marcher de pair et peuvent au contraire facilement se dissocier. GEORGES THIBIERGE.

Influenza dei prodotti tossici dei saprofiti sulla restituzione della virulenza ai microparassiti attenuati, par A. MONTI (*Rendiconti della R. Accad. dei Lincei, vol. V*, 1889).

Les cultures du diplococcus pneumoniæ qui ont perdu en vieillissant une grande partie de leur activité recouvrent leur virulence quand on injecte en même temps qu'elles des produits de l'activité vitale du proteus vulgaris et d'autres bactéries communes de la putréfaction; les cultures provenant des tissus d'un animal soumis à ces injections renferment de nouveau un diplocoque doué de la virulence primitive. Les produits de quelques-unes des bactéries de la putréfaction peuvent restituer la virulence, non seulement aux diplocoques pneumoniques dégénérés dans les vieilles cultures, mais aussi jusqu'à un certain point à ceux qui sont en voie d'adaptation à la vie saprophytique. Ces effets des produits de la putréfaction s'étendent aussi aux streptocoques dégénérés dont les propriétés pathogènes reparaissent quand les produits de

la putréfaction leur ont préparé la voie. Il en est de même des staphylocoques pyogènes dont les propriétés infectieuses sont amenées à leur maximum par l'injection simultanée des produits toxiques d'un protée semblable en tout au protée vulgaire. GEORGES THIBIERGE.

Les matières solubles dans le sang des animaux, par CHARRIN, RUFFER et Ch. BOUCHARD (*C. R. Soc. de Biologie*, 16 *février* 1889).

1° Le sang des lapins atteints de la maladie pyocyanique renferme des matières vaccinantes : il permet, en effet, de conférer l'immunité à d'autres lapins contre cette même maladie. Toutefois ces matières ne se trouvent dans le sang qu'à certains moments que les auteurs n'ont pu encore déterminer : elles sont moins abondantes dans le liquide sanguin que dans les cultures et que dans les urines. (Bouchard a montré que la sécrétion urinaire élimine des matières vaccinales.)

2° Il suffit d'une dose d'urine pyocyanique de 5 centimètres cubes par kilogramme d'animal pour vacciner un lapin contre la maladie pyocyanique ; il faut une dose de sang de 40 centimètres cubes, c'est-à-dire huit fois plus forte, pour obtenir le même effet.

Bouchard tend à croire que les microbes sécrètent, d'une part, des matières morbifiques et, d'autre part, des matières vaccinantes. Dans tous les cas, l'immunité n'est pas la conséquence de l'intoxication, l'effet d'une mithridatisation, car l'expérience montre qu'on peut vacciner avec le onzième d'une dose qui n'est pas toxique. PAUL LOYE.

Influence du système nerveux sur l'infection, par CHARRIN et RUFFER (*C. R. Soc. Biologie*, 9 *mars* 1889).

L'infection qui a été étudiée est l'infection pyocyanique. La section du sciatique, chez le cobaye, favorise le développement de l'infection locale : le gonflement et la lésion sont plus considérables au niveau des portions de membres privés de l'influence nerveuse ; la mort survient en outre plus facilement.

Le bacille pyocyanique, déposé dans la trachée d'un lapin, sans intervention préalable, reste sans action : il amène au contraire une mort rapide si l'animal a eu précédemment un pneumogastrique coupé. PAUL LOYE.

De l'identité de l'érysipèle et de la lymphangite aiguë, par VERNEUIL et CLADO (*C. Red. de l'Acad. des sciences, avril* 1889).

L'érysipèle et la lymphangite sont considérés par les uns comme deux maladies distinctes, par les autres comme deux formes de la même maladie ; c'est dans le groupe de ces derniers, les unicistes, que se rangent Verneuil et Clado, d'après de nouvelles études expérimentales et microbiennes. On ne conteste plus actuellement la nature infectieuse et contagieuse de l'érysipèle, ni l'existence d'un microbe érysipélateux, qui se trouve facilement dans les plaques cutanées ne suppurant pas et dans les abcès érysipélateux sous-cutanés. Semblable microbe peut être décelé dans les collections lymphatiques pures, ainsi que viennent de le prouver Verneuil et Clado, dont les recherches ont porté sur quatre sujets atteints de lymphangite, sans coexistence d'érysipèle. M. D.

Propriétés pathogènes des microbes contenus dans les tumeurs malignes, par VERNEUIL (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 26 *août* 1889).

Pas plus qu'en 1883, l'auteur n'admet la nature parasitaire ou microbienne des tumeurs malignes ; mais si la présence des microbes n'est pour rien dans l'apparition première et le développement des néoplasmes, l'invasion ultérieure par les micro-organismes n'est pas sans influence sur l'évolution et la nutrition des tumeurs, dont elle peut déterminer l'accroissement rapide, le ramollissement et l'ulcération. Ces microbes, outre l'action irritante, phlogogène et pyogène qu'ils exercent localement sur le tissu même de la tumeur envahie, possèdent d'autres propriétés pathogènes qui peuvent intéresser l'économie tout entière. Ils sont capables d'allumer une fièvre plus ou moins intense et irrégulière alors qu'ils sont encore renfermés dans une tumeur en voie d'accroissement rapide ou de ramollissement. De plus, lorsque, pendant l'ablation d'une tumeur qui les renferme, ils se répandent dans la plaie opératoire, ils la contaminent, l'infectent et l'inoculent de façon à provoquer le développement d'une fièvre septicémique capable d'entraîner la mort. Ces faits plaident donc en faveur de l'ablation précoce des néoplasmes malins et dictent certaines mesures préventives pendant et après l'extirpation des tumeurs infectées par les microbes. M. DUVAL.

Microbisme et abcès; classification de ces derniers, par A. VERNEUIL (*C.-R. Acad. des sciences*, *septembre* 1888).

Les abcès ne sont pas caractérisés au point de vue anatomique par la seule présence de globules de pus dans leur cavité, mais aussi par les microbes qu'ils renferment. Le pus peut renfermer une ou plusieurs espèces de microbes, c'est-à-dire être monomicrobique ou polymicrobique, et dans ce dernier cas il peut être impossible de décider si tous les microbes constatés ou seulement quelques-uns d'entre eux sont capables de provoquer la suppuration. Cependant on peut considérer comme normaux et nécessaires, comme des *microbes pyogènes proprement dits* ceux qu'on rencontre régulièrement et uniquement dans les suppurations (micrococques et diplocoques, streptocoques, zooglées, staphylocoques orangé, citrin, blanc, etc.), et comme des *microbes accidentellement pyocoles* ceux que l'on rencontre fortuitement, irrégulièrement dans le pus, tandis qu'ils existent dans l'organisme en dehors de tout processus pyogénique, qu'ils habitent une cavité naturelle, qu'ils proviennent directement du dehors, ou qu'ils envahissent l'économie à la suite d'une contamination locale ou d'une infection générale. On peut donc diviser les abcès en *abcès simples*, développés sous l'unique influence des microbes pyogènes normaux et ne renfermant qu'eux seuls, et abcès *infectés* nés sous l'influence soit des microbes pyogènes normaux, soit des microbes pyocoles accidentellement pyogènes, mais caractérisés par la présence de ces derniers. On décrivait bien autrefois des abcès idiopathiques et des abcès symptomatiques : les études microbiennes permettent aujourd'hui, pour beaucoup d'abcès, d'en reconnaître facilement l'origine.

GEORGES THIBIERGE.

Des phénomènes de phagocytose dans les poumons, par N. TCHISTOVITCH (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *juillet* 1889).

Parmi les microorganismes amenés dans les poumons par l'air inspiré, les uns pénètrent facilement dans le tissu du poumon, s'y multiplient et tuent l'animal, tandis que les autres périssent dans le poumon sans avoir occasionné de lésions bien notables : ces différences ne peuvent être expliquées uniquement par la rétention mécanique des microorganismes dans les ganglions lymphatiques, et on peut supposer que le poumon est une sorte de champ de bataille phagocytique, que l'inégale sensibilité à l'infection de l'organisme par tel ou tel microbe s'explique par le rapport entre les forces des microbes et des phagocytes. Pour étudier cette question, Tchistovitch a expérimenté sur le lapin avec les bacilles du choléra des poules, du charbon et du rouget des porcs ; les cultures étaient introduites par la trachée.

Avec le choléra des poules, les animaux succombaient en 24 à 27 heures, le poumon était durci dans l'alcool, les coupes étaient colorées en bleu de méthyle : le tissu pulmonaire renfermait dans toutes ses parties un grand nombre de microbes libres, qui entouraient les leucocytes microphages et les macrophages ; mais ces deux sortes d'éléments ne renfermaient pas ou renfermaient seulement un petit nombre de microbes, bien que le protoplasma des macrophages contînt quelquefois une grande quantité de pigment.

Avec le charbon, après coloration par le procédé de Gram-Weigert, on trouvait une grande quantité de bacilles libres dans les vaisseaux ; ceux qui étaient contenus dans les alvéoles étaient presque tous absorbés par les macrophages et étaient plus ou moins dégénérés, se colorant mal.

Avec le rouget des porcs, les animaux survivent presque tous ; il se produit des processus inflammatoires, les alvéoles se remplissent d'éléments cellulaires de grandes dimensions qui absorbent très rapidement les bacilles introduits et finissent par les détruire ; ces macrophages contiennent souvent du pigment.

En somme, le degré de résistance de l'organisme dépend en grande partie des relations qui existent entre telle ou telle espèce de microbes et les phagocytes pulmonaires, parmi lesquels les macrophages pulmonaires et les cellules géantes jouent les rôles les plus importants.

Tchistovitch ne croit pas que l'épithélium du poumon ait des propriétés phagocytiques, parce que ni l'épithélium de la vessie natatoire des poissons, qui est l'analogue de celui du poumon, ni celui des chambres à air des poumons des grenouilles, ni celui des alvéoles des cobayes nouveau-nés ne jouissent de semblables propriétés.

Quant aux macrophages des poumons, ils procèdent des leucocytes à noyau unique, qui trouvent dans le tissu pulmonaire un milieu particulièrement favorable à leur développement ultérieur, et c'est seulement lorsqu'ils ont acquis de plus grandes dimensions qu'ils peuvent absorber les microbes pathogènes. GEORGES THIBIERGE.

I. — Ueber die Bacterientötendwerth d. zellenfr. Blutserum (Du pouvoir antiseptique du sérum sanguin ne contenant pas de cellules), par H. BÜCHNER *München. med. Woch*, *n°* 24, *p.* 415, 11 *juin* 1889).

II. — Weitere Mittheilung über die bacterientödtende Wirkung d. Bluts (Nouvelles communications sur l'action microbicide du sérum du sang), par H. BÜCHNER (*Ibidem*, *n°* 34, *p.* 590, 20 *août* 1889).

I. — Le sang est sans action sur les bactéries après avoir été porté pendant une heure à la température de 55°. Le sang est encore actif au bout de 7 jours, l'action du froid n'étant pas nuisible à son action antiparasitaire. Le sang est encore remarquablement actif vis-à-vis des bacilles typhiques au bout de 15 et même de 20 jours, mais bien moins que le sang frais.

Le sang qui a servi aux expériences de Büchner provenait de chiens. Les différents organismes sont influencés d'une façon diverse. Le bacille typhique, le bacille du choléra, le bacterium coli, le bacillus fetidus sont tués très rapidement; les bacilles pyocyaniques le sont plus difficilement, la bactérie du charbon se place entre ces deux catégories de microbes au point de vue de sa résistance.

Sont-ce les éléments figurés, est-ce le sérum ou le sang qui possède ce pouvoir antiparasitaire. Il faut pour résoudre ce problème, qui a donné lieu à des conclusions contradictoires, se procurer du sérum pur, ne contenant pas de globules. Büchner l'obtint en se servant du sérum obtenu en laissant le sang se coaguler spontanément.

Par ce procédé, il a pu se convaincre du pouvoir microbicide du sérum pur. Toutes les expériences ont été concluantes. Chauffé à 55° pendant une demi-heure, le sérum perd ses propriétés antiparasitaires. Le sérum du cheval est inactif.

Ces faits montrent l'action microbicide des humeurs, réduisent la part de la phagocitose dans la lutte de l'organisme contre les germes. P. T.

II. — Dans ce travail, Büchner établit que la dialyse enlève complètement son pouvoir microbicide au sérum. Les sels minéraux qui dialysent ne possèdent pas non plus ce pouvoir, mais leur présence est nécessaire pour que la globuline et l'albumine du sérum, qui seules ont le pouvoir microbicide, puissent agir. P. TISSIER.

Sur un nouveau bacille tuberculeux trouvé chez le bœuf, par J. COURMONT (*C. R. Soc. biologie*, 20 *juillet* 1889).

Ce bacille, qui diffère nettement du bacille de Koch, tue toujours le lapin et le cobaye : il se retrouve dans le sang des victimes, mais il n'acquiert l'aptitude à provoquer des lésions tuberculeuses que dans certaines conditions. Lorsqu'il est au point pour tuberculiser les animaux d'une ou plusieurs espèces, il ne l'est pas pour certaines autres. Dans la même espèce, il reproduit toujours de la tuberculose si on l'emprunte à une lésion tuberculeuse ; s'il est emprunté à une culture, il ne produit des tubercules qu'à un moment donné de son évolution (le vieillissement paraît être un des facteurs de cette propriété).

La propriété de faire du tubercule ne doit pas être regardée comme une simple atténuation de la virulence, puisque le bacille atténué peut ne tuer qu'en 50 jours sans produire de lésions, tandis que celles-ci s'édifient quelquefois en cinq jours. C'est une propriété surajoutée.

Cette notion explique comment un bacille, se cultivant et se colorant aussi facilement, peut longtemps passer inaperçu au point de vue de la

genèse de la tuberculose. Désormais, si l'on ne pouvait pas inoculer un microbe provenant d'un tubercule à l'espèce qui portait la lésion, il faudrait, avant de se prononcer sur les qualités de ce microbe, l'inoculer à plusieurs espèces animales et à des phases différentes de son évolution.

PAUL LOYE.

Expériences sur la transmission de la tuberculose de la mère au fœtus, par SANCHEZ-TOLEDO (*C. R. Soc. biologie*, 24 *mai* 1889).

Il s'agit d'expériences faites sur trente-cinq femelles de cobayes pleines et sur soixante-cinq fœtus : aucune d'elles n'a permis de constater le passage du bacille de la tuberculose de la mère au fœtus.

PAUL LOYE.

Sur les formes mixtes de la tuberculose des articulations, par PAWLOWSKY (*Annales de l'Institut Pasteur, octobre* 1889).

Sur huit cas de tuberculose articulaire, l'auteur a trouvé, outre le bacille de la tuberculose, trois fois le streptococcus pyogenes, une fois le staphylococcus aureus, une fois le bacillus pyocyaneus. L'inoculation de ces microbes faite à des lapins en même temps que celle du bacille tuberculeux a produit chez eux des suppurations articulaires (bacillus pyocyaneus, staphylococcus) ou une tuberculose articulaire simple (streptococcus, bacille tuberculeux seul). Ces expériences, comme les observations cliniques, montrent que la tuberculose pure des articulations a une marche plus lente que la tuberculose compliquée, ne s'accompagne pas d'une fièvre aussi aiguë, ni d'un affaiblissement ni d'une destruction des tissus articulaires aussi rapide que les formes mixtes. L'infection secondaire se produit après la formation des fistules par suite du progrès de la tuberculose; elle modifie le cours et les symptômes de la tuberculose articulaire pure, produit une suppuration chaude dans l'articulation, des abcès périarticulaires et détruit les tissus; en même temps apparaissent des phénomènes généraux graves, fièvre, diarrhée, etc; le pus chaud de cette forme mixte est bien différent du pus tuberculeux qui a l'aspect d'un sérum clair entraînant des débris caséeux.

GEORGES THIBIERGE.

Sull'artrite sperimentale da virus pneumonico (microbio capsulato del Fränkel), par Umberto GABBI (*Sperimentale, mai* 1889).

Les arthropathies observées dans le cours de la pneumonie ont été subordonnées à celles-ci avant qu'on ait pu en trouver la preuve dans les recherches bactériologiques (Bourcy, Massalongo). Schüller, Maragliano, Weichselbaum, Netter ont fourni cette preuve. L'auteur en a poursuivi la démonstration expérimentale.

En introduisant directement des cultures virulentes de pneumocoques dans la cavité articulaire, il a produit des arthrites plus ou moins intenses, dont le pus contenait quelques diplocoques qui dans quelques cas ont pu être cultivés.

Dans un second groupe d'expériences, on produisait diverses lésions des jointures à l'aide d'instruments aseptiques et des luxations, puis on injectait sous la peau, à quelques jours de distance, des cultures de pneumocoques.

Les faits de ce genre ne donnèrent que des résultats négatifs.

A. SIREDEY.

Sulla pericardite sperimentale da pneumococco, par Luigi VANNI (*Sperimentale, avril* 1889).

Des cultures du pneumococcus injectées par l'auteur dans le péricarde de divers animaux, cobayes, chats, ont donné lieu à la production de péricardites avec exsudat séro-fibrineux plus ou moins abondant, comme dans les observations cliniques, anatomiques ou expérimentales de Friedlænder, de Babés, de Dreschfeld, de Netter. Quelquefois isolée, la péricardite s'est souvent compliquée d'altérations pleurales, pulmonaires, et même myocardiques, par le fait de l'envahissement du microbe au-dessous du péricarde ou même dans le tissu conjonctif intermusculaire du cœur.

Quand l'inoculation des cultures, au lieu d'être pratiquée directement dans le péricarde, est faite dans un autre point, le développement de la péricardite est beaucoup moins constant; assez fréquente lorsque l'inoculation est faite sur une séreuse du voisinage, telle que la plèvre, le péritoine, ou même sur le poumon, la péricardite devient très rare quand l'inoculation est faite sous la peau, ou directement dans le sang par les veines. On sait d'ailleurs que la présence du pneumococcus a été constaté (Aushalter, Weichselbaum) dans divers tissus, dans divers organes sans réaction inflammatoire. Il est donc nécessaire qu'il y ait un état particulier de réceptivité appelant les localisations.

Quelles sont ces conditions de réceptivité pour le péricarde? L'auteur les a cherchées sans pouvoir les préciser. C'est ainsi que la section du nerf vague, d'un seul côté, n'a paru exercer aucune influence manifeste sur le développement de la péricardite à la suite des inoculations, malgré les troubles trophiques qu'elle entraîne du côté du muscle cardiaque.

L'auteur croit cependant que la section du nerf vague augmente la virulence du pneumococcus! A. SIREDEY.

Méningite anormale due probablement au bacille typhique, par E. ADENOT (*Lyon méd.*, 25 *août* 1889).

Relation d'un cas de méningite à forme anormale chez une femme de 42 ans (absence de pyrexie au début, crises hystériformes, absence de céphalalalgie, de vomissements, forme hilarante). A l'autopsie, aucune lésion typhique de l'intestin; lésion de méningite. La sérosité méningée ensemencée dans du bouillon de veau décèle la présence du bacille d'Eberth. Les cultures, inoculées sur des chiens par trépanation, ont déterminé de l'encéphalite suppurée; les injections sous-cutanées ont amené tantôt de la suppuration, tantôt pas de pus. A. C.

The etiology of typhoid fever, par Victor-C. VAUGHAN (*Americ. med. Assoc.*, 25 *juin* 1889).

V... a inoculé à trois chiens, dans la cavité péritonéale, les cultures du bacille d'Eberth recueillies dans une eau potable d'Iron Mountain, où sévissait une épidémie de fièvre typhoïde. Trois chiens sont morts vingt-cinq à trente jours après, et l'on a constaté à l'autopsie la tuméfaction des glandes mésentériques, la tuméfaction de la rate, du foie et des reins, des taches et des points d'infiltration sur presque tout l'intestin, du gonflement des plaques de Peyer sans ulcération.

V... a cherché si ces lésions étaient dues au bacille lui-même ou à

une ptomaïne. Il a recherché celle-ci dans les déjections typhiques, et il a pu isoler une ptomaïne qu'il a injectée à des animaux sous la forme de solution aqueuse de chlorhydrate de cette base. Les chiens ont eu de l'élévation de température, des selles abondantes, sanglantes vers la fin.

Pour obtenir cette ptomaïne, il introduisait dans des cultures de bouillon de porc une parcelle de matière fécale, et c'est des cultures qu'il retirait par les moyens usuels la base toxique. A. C.

Traitement du tétanos par la greffe palustre, par BOSSANO (*C. R. Soc. biologie*, 6 *juillet* 1889).

Certaines affections deviennent parfois facilement guérissables quand elles prennent le caractère périodique : celui-ci peut leur être donné par l'intervention de l'agent palustre. Bossano a pensé qu'on pourrait traiter les cas de tétanos en les transformant en tétanos paludique par l'introduction du germe palustre dans l'organisme dès l'apparition des premiers symptômes tétaniques.

Les expériences faites sur les cobayes n'ont pas donné de résultats : peut-être cela tient-il aux difficultés qu'on éprouve à communiquer la fièvre intermittente aux animaux. PAUL LOYE.

Recherches sur l'étiologie du tétanos, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Bulletin méd.*, 18 *septembre* 1889).

C... et W... ont voulu élucider expérimentalement la question de ces sortes d'endémies ou de contagion qu'on observe parfois dans les salles d'hôpital. Ils ont inoculé les poussières des murs, des rideaux, des sommiers, du plancher, au voisinage des lits où étaient morts des tétaniques. Les inoculations (sur des cobayes) sont restées négatives avec les poussières des murs, des rideaux, du lit; mais celles faites avec les poussières prises dans les rainures du parquet ont toujours déterminé le tétanos du troisième au cinquième jour.

Pareil résultat a été obtenu avec le produit de raclage de la surface interne de l'utérus d'une malade morte de tétanos.

Les inoculations faites avec les organes de ces animaux rendus tétaniques ont été négatives; celles faites avec le liquide recueilli aux bords de la plaie ont été positives; mais en reproduisant le tétanos en série, on voyait les inoculations devenir stériles à la quatrième ou cinquième série.

Le pus et la sérosité des plaies contiennent, avec d'autres microbes, le microbe décrit par Nicolaïer. Or, en cultivant ce microbe sur des plaques de sérum, le produit des cultures pures n'a jamais donné d'inoculations positives.

Les auteurs pensent qu'on peut expliquer ces faits en admettant que le microbe de Nicolaïer n'agit pas à lui seul, qu'il a besoin d'un terrain préparé, de la présence d'autres microbes pour développer sa virulence; ou bien que la culture dans les milieux artificiels a supprimé la virulence tout en laissant la faculté de germination. Cette hypothèse a pour elle l'expérience suivante : de la terre ayant une virulence tétanique considérable devient inoffensive quand elle est triturée et exposée pendant trois jours à la température et à la lumière diffuse du laboratoire.

A. CARTAZ.

I. — Sur le microbe de l'éclampsie gravidique, par Emile BLANC (*Acad. des sciences*, 25 *mars*, *et Lyon méd.*, 12 *mai* 1889).

II. — Contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie chez la femme gravide, par LE MÊME (*Lyon méd.*, 22 *septembre* 1889).

I. — B... a trouvé dans l'urine de femmes éclamptiques un microbe qu'il a pu cultiver facilement dans le bouillon. Les cultures injectées dans la veine auriculaire à des lapines gravides ont déterminé dans un cas des convulsions mortelles, dans l'autre de l'œdème avec gangrène.

Chez les lapines non gravides, l'inoculation détermine les mêmes effets; chez deux chiens, il y a eu pendant une demi-journée des spasmes convulsifs de tout le tronc.

Chez une autre lapine, on observa une urine très albumineuse, de l'anurie, de véritables crises d'éclampsie, et à l'autopsie il existait des lésions rénales.

Les liquides organiques, sang, urine, donnèrent par culture la reproduction du microbe. Le microbe se présente sous la forme d'un fin bacille de 1 à 2 μ ayant à son centre une tache sombre simulant un noyau.

II. — Dans une nouvelle série de recherches, B... a trouvé dans les urines de femmes enceintes et albuminuriques plusieurs variétés de cocci sans effet pathogène et un bacille ténu, régulier et court, de une à trois fois plus long que large. L'ensemencement du sang d'une albuminurique, ayant ce bacille dans les urines, donna des cocci ovalaires, formant des chaînettes, qu'on trouve également chez les éclamptiques.

B... cite plusieurs expériences en faveur de l'infection. Des lapines gravides non inoculées furent placées dans la cage souillée par l'urine d'autres animaux inoculés. Ces lapines eurent de l'albuminurie, mirent bas des petits mort-nés et l'ensemencement de leur sang donnait des cultures du microbe. A. C.

Inoculation du charbon symptomatique au lapin, par G.-H. ROGER (*C. R. Soc. biologie*, 30 *mars* 1889).

Le microbe du charbon symptomatique peut se développer chez le lapin, animal naturellement réfractaire, quand on altère chimiquement les tissus dans lesquels ce microbe est introduit, Ainsi l'intervention du *staphylococcus aureus*, celle du *proteus vulgaris* permettent, comme celle du *prodigiosus*, d'amener le développement du charbon bactérien, lequel serait autrement resté inoffensif. La section des nerfs du membre inoculé, la ligature des vaisseaux n'ont pas eu le même résultat. P. L.

I. — Réceptivité des chiens nouveau-nés pour le charbon, par STRAUS (*Archiv. de médecine expérimentale*, 1er *mars* 1889).

II. — Sur la résistance des spores du bacillus anthracis à la chaleur, par MASSOL (*Ibidem*, 1er *mai* 1887).

I. — Le chien adulte est très réfractaire à l'inoculation du charbon. La réceptivité des chiens nouveau-nés pour le charbon est au contraire extrêmement grande, supérieure à celle du cobaye adulte.

II. — Les spores du bacillus authracis n'ont pas à l'égard de la cha-

leur sèche la résistance qui leur est attribuée; elles sont tuées sûrement par une exposition de 5 à 10 minutes dans l'air sec à la température de 100°. A. GILBERT.

I. — Influence qu'exerce sur la maladie charbonneuse l'inoculation du bacille pyocyanique, par Ch. BOUCHARD (*Compt. Rend. acad. des sciences*, 8 *avril* 1889).

II. — Action du bacille pyocyanique sur la bactéridie charbonneuse, par CHARRIN et L. GUIGNARD (*Ibidem*).

L'inoculation du bacille pyocyanique s'oppose, partiellement au moins, au développement de la maladie que provoque la bactéridie charbonneuse. Dans ce mécanisme d'atténuation, les produits fabriqués par le microbe du pus bleu jouent un grand rôle ; mais si ces produits atténuent, ils ne tuent pas, et il est possible que le phagocytisme profite de cette atténuation pour une victoire plus facile. D'autre part, le microbe du pus bleu atténue encore la bactéridie charbonneuse en épuisant les milieux nutritifs, car il suffit d'ajouter du bouillon pur pour rendre au germe charbonneux un certain degré de vitalité. M. D.

I. — Sur un moyen de diagnostic rapide de la morve, par STRAUS (*Archiv. de médecine experiment.*, *mai* 1889).

II. — Essais de vaccination contre la morve, par I. STRAUS (*Ibidem*, *juillet* 1889).

Lorsqu'on veut s'assurer de la nature morveuse d'un produit pathologique, il convient de choisir comme animal réactif le cobaye mâle, et de pratiquer l'inoculation du produit suspect dans le péritoine. Le processus morveux, dans ces conditions, offre en effet une localisation rapide et caractéristique sur les enveloppes du testicule ; de telle sorte que si, 2 ou 3 jours après l'inoculation, on voit les testicules faire saillie à l'anneau et se tuméfier, on sera déjà en droit, par ce seul signe, d'affirmer presque avec certitude que les matières inoculées contenaient le bacille de la morve.

On peut communiquer régulièrement au chien une morve généralisée aiguë, tégumentaire et viscérale, par l'injection intra-veineuse, à dose massive de culture du bacille de la morve.

L'injection intra-veineuse de la même culture, à dose plus faible, provoque chez le chien une morve bénigne, curable, mais qui lui assure ensuite l'immunité à l'égard de l'injection intra-veineuse de quantités véritablement formidables de culture virulente de la morve.

Il est superflu d'insister sur la portée de ces faits au point de vue de la pathologie générale. La morve était jusqu'ici considérée comme un des types de maladie virulente ne donnant pas l'immunité. En choisissant un animal à faible réceptivité, tel que le chien, et en procédant par injection intra-veineuse du virus, Straus a réussi à démontrer que la morve, elle aussi, rentre dans le cadre des maladies pour lesquelles l'immunité peut être créée. A. GILBERT.

Weitere Mittheilungen über die positiven Ergebnisse der Carcinom-Ueberimpfungen von Hund auf Hund (Nouveaux documents sur l'inoculation positive du cancer de chien à chien), par WEHR (*Archiv für klinische Chirurgie*, *XXXIX*, *p.* 226, 1889).

Continuant ses expériences sur l'inoculation du cancer de chien à chien, l'auteur rappelle qu'il a démontré que les tumeurs développées au point d'inoculation ne proviennent pas d'une hyperplasie inflammatoire, mais bien du développement des noyaux transplantés eux-mêmes qui se greffent en ce point; mais, en outre, il est parvenu chez un animal à produire une véritable infection cancéreuse par inoculation.

Il s'est servi, pour ses expériences, de cancers du vagin ou du pénis de chiennes ou de chiens qu'il a inoculés à de vieux chiens par insertion sous-cutanée à l'aide d'une canule de trocart; il a obtenu de la sorte des tumeurs identiques à la tumeur primitive, mais qui, en général, se résorbaient après avoir acquis un certain volume. Cependant, sur une chienne inoculée en septembre 1887 avec du cancer vaginal d'une autre chienne, il a obtenu 4 tumeurs qui ne se résorbèrent pas et atteignirent le volume d'une noix ou d'une prune; en avril 1888, des tumeurs nouvelles se développèrent à côté de celles-ci et s'accrurent progressivement, et l'animal succomba dans le collapsus au mois de juin 1888. A l'autopsie, on put constater, indépendamment des tumeurs constatées pendant la vie, une dégénérescence cancéreuse de tous les ganglions mésentériques et sous-péritonéaux ainsi que de deux ganglions thoraciques et des nodules cancéreux disséminés dans la rate. Les ganglions abdominaux formaient une série de tumeurs de la grosseur d'une noix à celle d'une pomme, confondues les unes dans les autres et qui comprimaient le col de la vessie contre la symphyse, de telle sorte que la chienne avait succombé à une rétention d'urine.

C'est le premier exemple d'une infection cancéreuse réalisée expérimentalement et ayant donné le tableau clinique complet de la généralisation du cancer. La structure des tumeurs était identique à celle du cancer vaginal qui avait servi aux inoculations. DE SANTI.

Les micro-organismes de la carie dentaire, par GALIPPE et WIGNAL (*C. R. Soc. biologie*, 16 *mars* 1889).

Les auteurs ont pris les précautions nécessaires pour se débarrasser des microbes apportés par les aliments. Ils ont isolé, en ensemençant des fragments de denture concassés après flambage de la dent, six micro-organismes différents : les uns forment de l'acide lactique et dissolvent la matière minérale de la dent; les autres détruisent la matière protéique. PAUL LOYE.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

Ueber den Einfluss verschiedener Medicamente auf die künstliche Verdauung (De l'influence de différents médicaments sur la digestion artificielle), par KATZ (*Wien. med. Blätter*, n° 27, 28, 29, 1889).

Le chlorhydrate de morphine, le sulfonal à la dose de 3 gr. pour 200 de liquide ont entravé la formation des peptones. Il n'en a pas été de même du sulfate d'atropine, du sulfate de strychnine, de la teinture de noix vomique, de l'hydrate de chloral, de l'arséniate de soude, du sulfonal, de la teinture de strophantus, de la créosote qui n'ont eu aucune influence sur la digestion artificielle. Après l'addition des sulfate, bisulfate et chlorhydrate de quinine, il y avait augmentation des peptones. BARBE.

Bei Einfluss der Darmfäulniss durch Diwarzmittel (Influence des divers médicaments sur la putréfaction intestinale), par STEIFF (*Zeitschrift für klin. Medicin, vol. XVI, p.* 311-324).

Le calomel donné trois fois par jour à la dose de $0^{gr},30$ chaque fois ne semble point exercer d'action dans les cas de putréfaction intestinale intense. — Pour obtenir un rôle thérapeutique les doses à employer seraient donc trop considérables. — Le camphre, en revanche, donné de la même façon et aux mêmes doses, paraît avoir une action désinfectante. Encore cette action n'est-elle point immédiate et n'apparaît-elle nettement qu'au bout de 1 à 3 jours. A. F. PLICQUE.

Das Methacetin in seinen weiteren Eigenschaften (Des propriétés de la méthacétine, par MAHNERT (*Wiener med. Blätter*, n° 28, 29, 1889).

Dans des observations nombreuses, Mahnert a observé que des doses de 0,30, 0,40 de méthacétine suffisent pour abaisser la température d'une façon marquée, et que l'on peut répéter ces doses deux à trois fois par jour. Un quart-d'heure, une demi-heure après l'administration du médicament surviennent des sueurs ; l'abaissement de la température et du pouls dure de deux à trois heures pour remonter ensuite. La contraction du cœur ne paraît pas être diminuée ; au contraire, la tension artérielle est accrue. L'examen du sang ne montre pas de modification dans les globules rouges. Dans le rhumatisme articulaire aigu, la méthacétine ne s'est pas montrée plus efficace que la phénacétine ; dans la fièvre intermittente, ce médicament a abaissé la température, mais n'a pas donné un résultat aussi sûr que la quinine.

D'autre part, comme nervin, la méthacétine a paru calmer les douleurs lancinantes des tabétiques, la céphalalgie, les douleurs de rhumatisme musculaire chronique, les névralgies. Pas plus que la phénacétine, elle ne peut être employée en injections sous-cutanées. BARBE.

De l'action physiologique de la thalline et de ses contre-indications thérapeutiques, par A. ROBIN (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 15 *octobre* 1889).

A. Robin communique sur l'action physiologique de la thalline une note dans laquelle il établit que ce médicament est un poison des globules rouges du sang, du système nerveux et des tissus riches en soufre et en phosphore. Comme ses propriétés antipyrétiques sont liées à ses effets toxiques; cette substance doit être regardée comme un faux et dangereux antipyrétique. Par suite de sa propriété retardatrice de l'élimination de l'acide urique, elle est contre-indiquée chez les arthritiques et dans le cas de néphrite ; son emploi prolongé conduit à l'anémie et provoque une déchéance nerveuse plus ou moins accentuée. OZENNE.

I. — Ueber Chloralamid, par J. HAGEMANN et STRAUSS (*Berlin. klin. Woch. n°* 33, *p.* 731, 19 *août* 1889).

II. — Chloralamid, ein neues Schlafmittel, par Konrad ALT (*Ibidem*, *n°* 36, *p.* 794, 9 *septembre*).

I. — La chloralamide, proposée récemment par von Mering comme soporifique, est un produit additionnel de l'anhydride de chloral et de la formamide. Il se présente en cristaux incolores ; sa saveur est faiblement amère. Les alcalis décomposent ses solutions aqueuse et alcoolique plus ou moins vite, selon leur degré de concentration ; d'où le précepte d'administrer le chloralamide en solution légèrement acide. Von Mering fixe à 3 grammes la dose convenable pour l'adulte.

Hagemann et Strauss ont étudié d'abord sur des individus sains l'action de cette substance. Les 6 étudiants qui en ont pris de 1 à 4 grammes ont dormi environ deux heures de plus que leur habitude ; deux d'entre eux ont accusé un peu de céphalalgie au réveil.

La chloralamide a été ensuite administrée à 15 malades atteints de diverses affections.

Elle n'exerce aucun effet ni sur les urines, ni sur la circulation (même chez les cardiaques), ni sur le pouls, ni sur la température, ni sur la respiration. L'accoutumance au médicament ne semble pas en diminuer les vertus hypnotiques.

Ses effets accessoires fâcheux se sont bornés à des étourdissements chez un malade et à des vomissements chez un autre, enfin à de la céphalalgie légère chez quelques-uns.

En somme, pas plus que les autres soporifiques, la chloralamide n'est infaillible.

II. — La chloralamide n'est bien soluble que dans 15 parties d'eau ou dans 1 et 1/2 partie d'alcool à 95° ; son amertume n'est pas persistante et elle ne confère pas d'odeur à l'haleine. On peut l'administrer sous forme de poudre, en cachets ou en solution (fraîchement préparée), par exemple dans la formule suivante : Eau distillée 120; sirop de framboises 30 ; chloralamide, 10. Faire prendre une heure avant le coucher de 2 à 4 cuillerées à bouche de cette potion.

Contrairement à l'assertion de Hagen et de Hüfler (*Münchener med. Woch.*, n° 30, 1889, p. 513), aux doses de 2 ou 3 grammes, la chloralamide ne provoque pas un sommeil immédiat, ainsi que Alt s'en est assuré en l'administrant, dans la journée, à 2 ouvrières, qui n'en ont

ressenti d'ailleurs aucun inconvénient. La chloralamide n'agit ni sur le pouls, ni sur la température, ni sur la respiration, ni sur la digestion, ni sur les urines, qu'il s'agisse d'individus sains ou de malades. A la dose de 4 grammes, elle a eu quelques effets fâcheux sur les 2 ouvrières. Une heure après l'ingestion, toutes deux se sont plaintes de vertiges et de lourdeur de tête ; ensuite l'une a offert une sorte d'ivresse avec excitation gaie et loquacité incessante, tandis que l'autre accusait des étourdissements, de la céphalalgie occipitale, des nausées et des vomissements répétés. Ces troubles atteignirent leur apogée trois heures après l'ingestion du médicament. Le sommeil de ces deux femmes se prolongea une heure et demie de plus qu'à l'ordinaire; le lendemain matin, il ne leur restait qu'un peu de lourdeur de tête et de céphalée occipitale.

Instruit par cette expérience, Alt n'a généralement pas dépassé la dose de 3 grammes chez ses malades, au nombre de 41, et a commencé par la dose de 2 grammes.

A. Insomnie simple : 12 cas. Parmi les 8 malades non habitués aux hypnotiques, 7 d'entre eux ont eu un bon sommeil une demi-heure à cinq quarts d'heure après avoir pris 2 ou 3 grammes de chloralamide. Ce sommeil a duré de trois heures et demie à huit heures. Le lendemain matin, 3 avaient la tête un peu pesante. L'insomnie du 8e s'est montrée rebelle à 3 grammes qui provoquèrent seulement une légère ivresse et de l'embarras gastrique. 4 autres malades avaient convenablement dormi jusque-là avec 3 grammes d'amylène. La même dose de chloralamide détermina un sommeil plus lent à venir, mais plus profond et sans aucun effet désagréable.

B. Insomnie par douleurs. Parmi les 7 malades non habitués aux narcotiques, 5 d'entre eux bénéficièrent, sans effet fâcheux, de l'action soporifique de la chloralamide. En revanche, elle échoua à la dose de 3 à 4 grammes chez 2 autres.

Chez 2 malades où 1 1/2 centigramme de morphine avait été peu efficace, 3 grammes de chloralamide procurèrent un bon sommeil. D'autre part, la chloralamide n'a eu aucun effet soporifique, aux doses de 4 à 5 grammes, chez 3 autres qui dormaient bien avec de la morphine ou de l'amylène.

Dans tous les cas précédents, il ne s'est jamais produit d'accoutumance au médicament.

C. Insomnie par excitation psychique. La chloralamide a été administrée le soir aux doses de 3 à 5 grammes à 15 aliénés agités.

En résumé, la chloralamide a échoué sur 12 des 41 malades auxquels elle a été administrée. Elle s'est signalée par quelques effets fâcheux (lourdeur de tête, céphalée) chez 11. Le sommeil s'est produit dans un laps de temps variable de 1/2 à 1 heure 3/4, et a duré de 3 à 9 heures.

Alt a également essayé la chloralamide comme sédatif en la faisant prendre dans la journée, à petites doses, à 7 malades. Le résultat a été bon chez 3, dont 1 atteint de delirium tremens et 1 halluciné très agité ; il a été nul chez les 4 autres.

Dans la migraine, la chloralamide a paru aussi bien agir.

Enfin, Alt a guéri rapidement 2 chorées chez des enfants avec 3 doses quotidiennes de 1 gramme. J. B.

Sur les propriétés antiseptiques de l'hydroxylamine, par G. HEINISCH (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *août* 1889).

L'auteur a expérimenté l'action de l'hydroxylamine sur des cultures de bactéridie charbonneuse, de microbe de la diphtérie et de tyrothrix tenuis : il a reconnu que cette substance jouit des propriétés antiseptiques intermédiaires à celles de l'acide phénique et à celles du sublimé, mais se rapprochant davantage de celles de cette dernière substance.

GEORGES THIBIERGE.

Sull' azione terapeutica del feniluretano, par L. SANSONI (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, juin-juillet* 1889).

Le phényluréthane est un antipyrétique énergique et sûr qui exerce simultanément une action bienfaisante sur l'état général; la dose de 50 centigrammes correspond à environ 1 gramme d'antipyrine et suffit à produire un abaissement de température de 1, 2, 3 degrés, qui persiste pendant 4-8-12 heures; comme beaucoup d'autres antipyrétiques, il agit en augmentant la température périphérique et en diminuant la température centrale; l'abaissement de température débute 20 à 40 minutes après l'ingestion du médicament, et se produit sans donner lieu à aucun autre inconvénient qu'une sueur très profuse; il n'a aucune action sur la température normale. Dans le rhumatisme articulaire aigu et chronique, il a pour effet certain de faire disparaître rapidement les douleurs et le gonflement des articulations ainsi que la fièvre et les troubles généraux dans le premier cas; mais pour obtenir ces effets, il faut le donner à des doses supérieures à 50 centigrammes. Il a une action analgésique sûre dans certains cas, douteuse ou nulle dans d'autres. Le meilleur mode d'administration consiste à le faire dissoudre dans du vin de Marsala ; il ne produit ainsi ni collapsus, ni cyanose, ni aucun autre accident; pris en cachets, il peut produire des vomissements et une sensation de brûlure à l'épigastre. GEORGES THIBIERGE.

Azione dell' idrato di cloralio sopra i reni, par V. GRANDIS (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino, juin juillet* 1889).

Grandis a étudié l'action sur le rein du chien de l'hydrate de chloral en injections intrapéritonéales. Il conclut de ses expériences que le chloral produit de l'albuminurie et souvent le passage de globules rouges dans l'urine; à hautes doses, il détermine la destruction de l'épithélium et l'infiltration de petites cellules dans le tissu conjonctif interstitiel. Il est probable qu'il ne se transforme qu'incomplètement en acide uro-chloralique et que le chloral non transformé agit directement comme irritant sur l'épithélium capsulaire et canaliculaire, à la façon de la cantharidine, du phosphore et de l'acétone. GEORGES THIBIERGE.

Ricerche sull' azione della terpina e del terpinolo nei fermenti organizzati, nei fermenti chimici e nei processi germinativi, par J. COLPI (*Il Morgagni, août* 1889).

Le terpinol a une action antiseptique sensiblement plus forte que celle de la terpine : en solution à 1 pour 350, il empêche le développement de diverses bactéries dont le développement n'est empêché par la terpine

qu'en solution à 1 pour 150. En solution à 1 pour 150, le terpinol arrête les processus de fermentation que la terpine en solution à 1 pour 50 ne fait que retarder. Le terpinol en solution à 2 pour 100 empêche les processus de germination, la terpine ne les empêche qu'en solution à 20 pour 100. GEORGES THIBIERGE.

The practical value of certain antiseptic agents, par Alex. EDINGTON (*Brit. med. j., p.* 1047, *mai* 1889).

L'auteur expose une série d'expériences faites avec un nouvel agent antiseptique, l'hydronaphtol qu'il compare aux autres antiseptiques connus.

L'hydronaphtol, aussi actif que le sublimé, a sur lui l'avantage de n'être pas toxique. Il est peu soluble et se sature à 1 gramme pour 1,000. Il a les mêmes usages comme topique externe : il peut de plus être administré par voie interne jusqu'à la dose de 0,75 sans aucun inconvénient; on peut donc s'en servir comme antiseptique intestinal.

L'hydronaphtol est un dérivé du naphtol β, dont il diffère par la substitution d'une molécule d'eau à la place d'une molécule d'hydrogène. Sa formule est $C^{10}H^{7}HO$. H. R.

Zur Lehre von der Wirkung substituirter Fettsäuren (De l'action des acides gras substitués), par J. POHL (*Arch. f. exper. Pathol. u. Pharmacol., XXIV, p.* 142).

Par une série de faits, Pohl montre que la formule constitutionnelle d'une substance ne peut fournir que peu d'éclaircissements sur son activité physiologique. Cette dernière dépend beaucoup plus de certaines propriétés particulières de la substance (stabilité, solubilité, état moléculaire, etc.) qui ne se trouvent pas exprimées dans la formule.

L'acide monobromacétique et, à un degré un peu moindre, les acides monochlor- et dichloracétique provoquent une rigidité musculaire spéciale semblable à celle de la vératrine, dont elle se distingue cependant. Les acides trichloracétique et monoiodacétique déterminent de la paralysie centrale et de la narcose. Il résulte de ces faits que, dans les trois premiers, la substitution du chlore et du brome à l'H de l'acide acétique octroie à la molécule primitive des propriétés nouvelles qui n'appartiennent ni à l'acide acétique ni aux éléments halogènes.

0,10 d'acide cyanacétique ($CH^2.CAz.CO^2H$) sont sans action sur la grenouille, 0,20 déterminent de la narcose prolongée et l'arrêt diastolique du cœur.

0,20 d'acide monochloropropionique déterminent de l'hypnose.

L'acide monoidopropionique produit à la même dose, d'abord une augmentation des réflexes, puis la cessation des réflexes et de la narcose.

0,20 d'acide trichlorolactique sont sans action ; l'acide monobromosuccinique est hypnotique même à la dose de 0,10 et détermine l'arrêt diastolique. L'acide bibromopyruvique tue en 10 minutes à la dose de 0,02 par arrêt de la respiration et du cœur en systole, alors que l'acide pyruvique est absolument inactif dans les mêmes conditions.

L'acide monochlorocrotonique ne détermine qu'à la dose de 0,10 à 0,15 des contractions fibrillaires, de la narcose et l'arrêt diastolique du

cœur, alors que l'acide crotonique est déjà hypnotique à la dose de 0,05.

La rigidité musculaire signalée plus haut pour les acides acétiques subtitués est d'origine périphérique et repose sur une modification de l'excitabilité des fibres musculaires. Cette rigidité se distingue de celle que provoque la vératrine par ce fait que le relâchement est constamment incomplet.

Chez les animaux à sang chaud, la rigidité des muscles respiratoires provoque l'asphyxie que précipite encore la paralysie simultanée des vasomoteurs, si bien que 0,07 par kilog. de ces substances dans les veines sont toxiques. On n'observe pas d'acidification des muscles. WINTER.

Ueber dithiosalicylsæures Natron II, par H. LINDENBORN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 25, *p.* 568, 24 *juin* 1889).

Baum a préparé 2 dithiosalicylates sodiques isomères et formés de 2 molécules d'acide salicylique, liées par 2 molécules de soufre. Lindenborn a expérimenté le sel n° 2 qui est une poudre blanc-gris, très hygroscopique, facilement soluble sans résidu dans l'eau. L'acide, presque insoluble dans l'eau, se précipite des solutions acides du sel, sous forme de gouttes jaunes, résineuses.

La solution aqueuse du sel fournit avec le perchlorure de fer une coloration violette faible. Dans l'urine, on ne peut déceler ni le sel lui-même, ni l'acide salicylique qui entre dans sa constitution.

Il résulte des expériences de Hueppe qu'une solution à 20 0/0 de dithiosalicylate de soude, au bout de quarante-cinq minutes au moins, tue les spores charbonneuses, tandis que, dans les mêmes circonstances, le salicylate sodique est inerte.

Lindenborn a administré le dithiosalicylate n° 2 dans 4 cas de rhumatisme polyarticulaire, 1 de monoarticulaire et 1 d'arthrite blennorragique.

Dans les cas légers, il prescrit matin et soir 20 centigrammes de sel ; dans les cas plus sérieux, il double, triple ou quadruple la dose du soir, répartie en autant de prises horaires. Douleurs, fièvre et gonflement articulaire cèdent dans un laps variable de deux à six jours, suivant l'intensité des accidents.

Mais le médicament ne préserve pas plus des récidives que le salicylate, sur lequel Lindenborn lui attribue le double avantage d'une action plus énergique, qui permet des doses plus faibles, et de l'absence de tout phénomène accessoire du côté de l'estomac. Le dithiosalicylate ne provoque pas non plus de bourdonnements d'oreilles ; il n'agit pas sur le système cardio-vasculaire et n'occasionne des sueurs qu'à la dose de 80 centigrammes.

Comme antipyrétique, Lindenborn s'est borné à l'essayer sans succès, à la dose de 40 centigrammes le soir, chez un phtisique. J. B.

Elimination de l'acide salicylique, par Mlle G. CHOPIN (*Thèse de Paris*, 1889).

L'acide salicylique, qui augmente la quantité d'urine quand le rein est sain ou partiellement altéré, la diminue dans les néphrites aiguës ; la quantité d'albumine est toujours accrue sous son influence. Son élimination subit des troubles profonds quand le rein est malade : dans ce cas,

son apparition dans l'urine est retardée, et le temps nécessaire pour sa disparition est toujours augmenté ; les troubles dus à l'intolérance du médicament apparaissent alors rapidement même avec des doses moyennes.

Etant donné le grand nombre des personnes atteintes de lésions rénales qu'elles ignorent, il y a lieu d'interdire le salicylage des aliments et des boissons (au laboratoire municipal, on a trouvé environ 1gr,50 par litre dans la plupart des analyses de vins salicylés). LEFLAIVE.

De l'emploi thérapeutique du fluorure de bore, par E. GALLOIS (*Ann. de l'enseignement supérieur de Grenoble, I, n° 1*).

Les inhalations de fluorure de bore sont toxiques et mortelles à doses infinitésimales chez le cobaye, et déterminent chez cet animal des accidents nerveux persistants.

La souris supporte des doses énormes jusqu'à 5 ou 6 0/0 en poids, alors que l'atmosphère de la cloche est rendue presque opaque par l'abondance des fumées. Le lapin tolère bien 1/2000.

Chez l'homme, on peut atteindre plusieurs fois par jour et pendant plus d'une heure chaque fois la dose croissante de 1/20000 jusqu'à 1/10000. Le seul inconvénient à signaler est la production possible d'une quinte de toux pendant la première inhalation ou tout à fait au début de chaque séance, si le dégagement est trop rapide.

Comme accidents nerveux, on peut observer quelques hallucinations de l'ouie, et peut-être de la vue, mais seulement dans les cas où le séjour dans un milieu contenant du fluorure de bore a été très prolongé. A. C.

Wann erscheint das Quecksilber des grauen Œles im Urin ? (A quel moment le mercure de l'huile grise apparaît-il dans l'urine ?) par KRONFELD (*Wiener med. Wochenschrift, n.* 35, 36, 1889).

Les recherches de Kronfeld ne portèrent que sur des urines des malades qui n'avaient jamais suivi de traitement mercuriel quelconque ; c'est pourquoi il choisit des sujets atteints de chancre ou des premières manifestations de l'infection générale.

Les malades ne reçurent qu'une ou deux injections qui furent pratiquées le même jour (50 0/0 d'huile grise) ; les recherches furent faites d'après la méthode de Ludwig, 4 à 5 heures après l'injection. Le mercure de l'huile grise s'élimine suivant les mêmes lois que celui des autres préparations mercurielles ; de plus, tandis que après une injection le mercure ne se montre dans l'urine que le quatrième jour, après deux injections il apparaît déjà le premier jour. Enfin, il n'est pas indifférent que la même quantité soit injectée en un seul endroit ou en deux endroits différents ; le mercure s'est montré dans ce dernier cas plus tôt que dans le premier. BARBE.

Effets locaux des injections hypodermiques de calomel chez le lapin, par ARNOZAN (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 22 *septembre* 1889).

Quatre injections ont été faites sur un lapin et ont donné les mêmes résultats locaux, c'est-à-dire au bout de quelques jours une tuméfaction d'abord molle et diffuse, puis bientôt circonscrite et dure, ayant la

forme d'une ellipsoïde et le volume d'une petite noix. Ces nodosités, tout à fait isolables, offrent dans leur centre une substance jaune paille; crémeuse, molle, collante et remplissant toute la cavité de la poche dont la paroi est assez épaisse. En résumé c'est la mortification du tissu conjonctif que produit cette injection hypodermique. OZENNE.

Expériences sur la toxicité du bismuth, par F. BALZER (*C. R. Soc. biologie*, 27 *juillet* 1889).

Il s'agit d'expériences faites sur des chiens auxquels on injectait sous la peau du citrate ou de l'oxyde de bismuth. L'empoisonnement suraigu survenait facilement (14 centr. pour un chien de 5 kilogr.), le bismuth, comme le mercure, agissant d'emblée sur la muqueuse digestive, surtout sur la muqueuse buccale.

Dans l'empoisonnement chronique, on constate une stomatite qui diffère de la stomatite mercurielle. Le sphacèle est primitif : l'apparition de plaques diphtéroïdes, verdâtres, n'est pas précédée de rougeur ou de tuméfaction. Quand la stomatite s'accompagne de gangrène, la fétidité de l'haleine est considérable.

Balzer a noté une fois de l'opacité cornéenne : il a vu fréquemment de la dyspnée et de l'oppression. L'affaissement et l'amaigrissement sont rapides.

Le bismuth s'élimine par l'urine, la salive, la bile. Une grande quantité se fixe dans les tissus. PAUL LOYE.

Ueber die Einwirkung gesättige Kochsalzlösung auf path. Bacter. (De l'action des solutions saturées de chlorure de sodium sur les bactéries pathogènes), par J. FORSTER (*Münch. med. Woch.*, *n°* 29, 16 *juillet* 1889).

L'action prolongée du sel (2 mois) n'empêche pas les bacilles de la tuberculose de se développer.

De même, les organes (poumons et plèvres, foie et reins) d'une vache atteinte de tuberculose, après avoir été coupés en morceaux et salés, restent virulents. Après 18 jours, leur inoculation fut positive. L'auteur a expérimenté sur un certain nombre d'autres microbes pathogènes. Il conclut de ses recherches, d'ailleurs encore incomplètes, qu'il faut se méfier du pouvoir microbicide du sel, employé couramment et passant pour un agent antiparasitaire. P. T.

Comment l'iodure de potassium agit sur le cœur. Expériences de laboratoire et de clinique, par G. SÉE et LAPICQUE. (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 *octobre* 1889).

Par de nouvelles recherches, G. Sée et Lapicque ont déterminé quelle était l'action des iodures de potassium et de sodium sur la pression sanguine, sur l'état du cœur et quels changements ils faisaient subir à la contractilité des vaisseaux. Leurs conclusions basées sur des expériences de laboratoire, et appuyées de considérations cliniques, sont les suivantes : Le vrai médicament du cœur, c'est l'iodure de potassium ; il s'applique surtout aux lésions valvulaires ou myocardiaques graves avec pression faible ; il relève tout d'abord l'énergie du cœur et la pression vasculaire. Puis, en dilatant plus tard toutes les artérioles, il y facilite

l'abord du sang, ce qui permet au cœur de recouvrer sa puissance contractile. L'iodure devient ainsi un fortifiant des cœurs surmenés ou dilatés. Enfin, par la vasodilatation, qui s'étend aux artères coronaires ou nourricières du cœur lui-même, l'iodure, à la dose de 2 à 3 grammes, rend un nouveau service en activant le mouvement du sang, ainsi que la nutrition intime dans l'organe central de la circulation. OZENNE.

I. — Contribution à l'étude physiologique de la liqueur d'absinthe, par CADÉAC et Albin MEUNIER, rapport de LABORDE (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 1er *octobre* 1889).

II. — Contribution à l'étude de la liqueur d'absinthe, par CADÉAC et MEUNIER (*Lyon méd.*, 24 *novembre* 1889).

I. – D'après les recherches de Cadéac et d'Albin Meunier, la liqueur d'absinthe emprunte à l'anis, qui entre dans sa composition, la plus grande partie de ses propriétés narcotiques et toxiques. L'essence d'absinthe et de coriandre interviennent comme correctifs, en raison de l'excitation vive, gaie et continue qu'elles produisent. Toutefois si l'on considère la formule type de la liqueur d'absinthe, il est incontestable que les neuf essences qui la composent ont une part de responsabilité dans les troubles qu'amène la liqueur. Mais c'est l'anis qui est la cause principale des accidents les plus graves ; aussi, pour ralentir les progrès croissants de l'absinthisme ou plutôt de l'anisisme il conviendrait de modifier la composition de la liqueur, en diminuant la quantité d'anis, de badiane, de fenouil, etc., et en augmentant légèrement la dose des essences bienfaisantes. Laborde proteste contre ces affirmations en rappelant les travaux de Magnan, et en montrant que dans la liqueur d'absinthe, boisson très complexe, en dehors de l'alcool et de l'absinthe, les essences d'anis, d'angélique, de badiane, de fenouil, etc., ne donnaient lieu qu'à des phénomènes physiologiques de peu d'importance. Il relate ensuite les expériences qu'il a faites sur la toxicité des alcools d'industrie, des bouquets artificiels et des essences et des substances additionnelles (aldhéydes salicylique, pyromucique; salicylate de méthyle), et il en déduit les conclusions suivantes :

L'essence d'absinthe vraie est, de toutes les essences qui entrent dans la composition de la liqueur de ce nom, la plus toxique et la plus dangereuse. Elle est seule capable de produire l'attaque épileptique vraie, systématisée ; elle est et reste le type des convulsivants et des épileptisants. En principe cette liqueur, de même que le vermouth, le bitter, l'alcool pur et les alcools non purifiés et adultérés, constituent des poisons, que condamne et réprouve l'hygiène. Ces poisons, et par dessus tout, l'essence d'absinthe, sont d'autant plus violents et plus préjudiciables, que les substances qui les composent sont elles-mêmes douées de propriétés toxiques plus dangereuses par leur nature comme par leur intensité.

C'est donc une erreur capitale que d'attribuer le titre de bienfaisante et de correctif à la substance fondamentale qui imprime à la liqueur de son nom ses caractères toxiques les plus dangereux. OZENNE.

II. — En dehors de l'alcool deux poisons interviennent dans l'absinthisme :

1° Un groupe épileptisant (absinthe, hysope, fenouil) ;

2° Un groupe stupéfiant (anis, badiane, angélique, origan, mélisse, menthe).

Dans le groupe épileptisant, l'absinthe occupe le premier rang, par sa toxicité. Mais l'hysope, le fenouil, sont, contrairement aux idées de Laborde, des convulsivants, et des épileptisants énergiques.

Dans le deuxième groupe, l'anis et la badiane, qu'on trouve en quantité dans la liqueur d'absinthe, sont surtout des narcotiques ; à dose moyenne, elles déterminent de l'hébétude, des tremblements, des troubles de la vue, etc. L'angélique produit de la dépressibilité cérébrale et musculaire. La mélisse est un soporifique assez puissant; en un mot tout ce groupe agit par l'effet combiné des sept essences. L'action n'en est donc pas négligeable et entre en ligne de compte dans les accidents.

A. C.

De l'action de la strychnine, de la brucine et de la picrotoxine sur le carcinus mœnas, par H. DE VARIGNY (*Journ. de l'Anat. et de la Physiol.*, *n° de mars*, *p.* 186, 1889).

Il était intéressant de savoir si ces trois poisons, dont l'action convulsivante est considérable chez les vertébrés, agissent de même sur les invertébrés, malgré la différence considérable dans la constitution du système nerveux. Or la brucine n'a sur le crabe aucune action convulsivante, mais produit plutôt la parésie ; la strychnine détermine quelques symptômes d'excito-motricité; mais les mouvements spasmodiques sont rares, fugitifs, et bientôt remplacés par de la parésie. Au contraire, la picrotoxine, même à doses extrêmement faibles, détermine de rapides et violentes contractures, dont l'intensité est souvent suffisante pour déterminer des fractures des membres.

M. D.

I. — Versuche mit Erythrophlaein, par A. ONODI (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 225, 1888).

II. — L'eritrofleina como anestesico locale, par CRESPI (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma*, *décembre* 1888).

I. — Les expériences d'instillation d'érythrophléine dans l'œil, d'injection dans la substance des gencives, ou de badigeonnage du voile du palais pratiquées sur 4 lapins et douze personnes ont montré à Onodi que l'action anesthésique locale de cette substance n'est pas très rapide, n'est pas constante et donne fréquemment lieu à des manifestations assez douloureuses. Il est peu probable que l'érythrophléine arrive à supplanter la cocaïne.

LÉON FREDERICQ.

II. — L'action anesthésique locale de l'érythrophléine est beaucoup plus persistante mais beaucoup plus faible que celle de la cocaïne; l'érythrophléine étant beaucoup plus toxique ne sera jamais d'une grande utilité en chirurgie, car employée dans l'œil, elle l'irrite au point d'opacifier la cornée, dans la gorge elle produit une telle dysphagie qu'elle empêche complètement la déglutition ; dans la peau et les autres tissus elle en trouble tellement la nutrition qu'elle en détermine la gangrène.

GEORGES THIBIERGE.

La chimaphila umbellata ; son action diurétique, par F.-J. ABET (*Thèse de Paris*, 1889).

Les résines que renferment les feuilles de la chimaphila umbellata ont une action irritante et une saveur très désagréable, mais ne sont nullement diurétiques. La *chimaphiline* n'est pas le principe actif de la plante ; ce principe actif, soluble dans l'alcool et dans l'eau, n'a pas encore été isolé.

On atteint le maximum d'effets diurétiques par l'administration de 12 à 15 gr. d'extrait hydro-alcoolique de poudre de feuilles. La diurèse augmente dans les premières 24 heures et progressivement atteint son maximum dans les quatre ou cinq premiers jours. Ce médicament rend surtout des services dans la période asystolique des maladies du cœur, mais Abet n'a constaté aucune action directe sur le cœur, la plante agit seulement comme diurétique, pour combattre l'œdème. Un point important à noter c'est que l'extrait alcoolique n'est pas toxique et ne s'accumule pas. CHOUPPE.

Sur le veratrum viride, par LIÉGEOIS (*Bull. méd. de l'Est*, *n*os 18 *et* 19, 1889).

C'est un médicament cardio-vasculaire, antithermique et nervin, dont la dose est, par jour, de 6—20 gouttes de teinture (au quart), 10—20 gouttes de solution au centième d'extrait aqueux, et de 1 à 5 centigrammes d'extrait alcoolique. Il est indiqué : 1° contre les palpitations et arythmies cardiaques fonctionnelles s'accompagnant d'hypertension artérielle (maladie de Basedow) ; 2° contre les palpitations et arythmies organiques des cardiopathies valvulaires dans la période d'hypersystolie ; 3° contre les palpitations et arythmies de la première période des cardiopathies dites artérielles, artérioscléreuses ou vasculaires.

Il calme les tremblements (maladie de Basedow, chorée). Il a sur la vératrine (vératre blanc) l'avantage de ne pas être dangereux, et de ne pas provoquer d'accident par action cumulative par une emploi prolongé. LEFLAIVE.

The therapeutic value of oxygen inhalations with exhibition of animals under high pressure of oxygen, par W. THOMPSON (*New York med. record*, *p.* 1, 6 *juillet* 1889).

L'auteur contrôle les expériences de P. Bert et montre que dans le sang c'est l'hémoglobine des globules qui fixe la totalité de l'oxygène.

Les 14/15 du pouvoir fixateur de l'hémoglobine sont effectués par l'air atmosphérique ; si l'on emploie de hautes pressions on peut saturer complètement l'hémoglobine, soit ajouter 1/15 d'oxygène ; de plus le sérum se charge de 2 0/0 du même gaz.

Si l'on fait respirer de l'oxygène pur sous pression aux animaux, ils meurent tous si l'expérience est suffisamment prolongée. Voilà pour l'expérimentation. En pathologie l'oxygène est indiqué.

1° Dans la dyspnée nerveuse ; 2° chaque fois que la surface respiratoire est diminuée, dans la cyanose ; 3° dans le mal de Bright et l'urémie ; 4° dans la pneumonie, l'asthme, la bronchite catarrhale, la con-

gestion et l'œdème pulmonaire ; 5° dans les cas d'immersion dans les empoisonnements.

En résumé deux grandes classes d'affections :

1° Celles où la nutrition est défectueuse, qu'il y ait ou non dyspnée.

2° Dans la dyspnée, qu'elle relève d'altération des nerfs des vaisseaux, du sang (poisons), ou du défaut d'aération ou d'expansion du poumon.

P. DUFLOCQ.

I. — Recherches sur l'action du venin de la salamandre terrestre, par Abel DUTARTRE (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 1er *avril* 1889).

II. — Nouvelles expériences sur le venin de la salamandre terrestre, par C. PHISALIX (*Compt. Rend. Acad. des sciences*, 18 *septembre* 1889).

I. — Le venin de la salamandre agit à la fois sur les centres nerveux (convulsions par excitation directe des centres bulbaires), sur les muscles et sur le sang, dont les globules sont dissous.

II. — L'auteur, dans toutes ses expériences, a employé non le venin en nature, mais l'alcaloïde lui-même ou son chlorhydrate : il a ainsi établi les faits suivants : la dose mortelle minima de chlorhydrate de salamandrine pour le chien est de près de 2 milligrammes par kilogramme d'animal, en injection sous-cutanée ; de 1 milligramme en injection intra-veineuse ; et de 8 milligrammes par la voie stomacale. Par une série d'inoculations préventives, on peut produire une accoutumance graduelle pour des doses mortelles. Enfin la salamandre n'est pas réfractaire à son propre poison : à la dose de 5 milligrammes en injection sous-cutanée, de 1 milligramme en injection intra-veineuse, ce principe actif est mortel pour la salamandre elle-même. M. D.

Balle du tibia donnant lieu à du saturnisme chronique, au bout de 17 ans de séjour, par KUESTER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39, *p.* 863, 30 *septembre* 1889).

Homme ayant reçu, en 1870, un coup de feu dans le tibia droit, immédiatement au-dessous du genou. Pas d'orifice de sortie du projectile, aucune tentative d'extraction. Cicatrisation de la plaie après une suppuration de plusieurs semaines. Depuis lors, le blessé n'avait éprouvé d'autres troubles que quelques douleurs dans le genou.

A partir de janvier 1888, sans cause appréciable, violentes coliques commencant à l'hypogastre et irradiant dans tout le ventre, se répétant par accès de quinzaine et devenant de plus en plus intenses. Constipation, liséré saturnin des gencives, présence de plomb dans l'urine ; tremblement et inhabileté des mains.

Teint plombé de la face ; un peu de gêne dans les mouvements du genou qui s'accompagnent de craquements.

Incision de l'ancienne cicatrice. Au niveau de la tête du tibia, le périoste et l'os, sur une profondeur de 2 centimètres, présentent une couleur gris plomb, sans rien autre d'anormal. Kuester enlève toutes ces parties d'apparence anormale.

Le projectile était réduit en particules reconnaissables seulement au microscope et dont la nature a été mise hors de doute par l'analyse chimique. Les coliques ont encore persisté, atténuées, la première semaine après l'opération ; le liséré gingival a beaucoup diminué. J. B.

Ueber Encephalopathia saturnina (Sur l'encéphalopathie saturnine), par A. WESTPHAL (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XIX, heft* 3, *p.* 621).

Le travail de l'auteur contient la relation de 13 cas d'encéphalopathie saturnine, observés à la clinique des maladies nerveuses de l'hôpital de la Charité, et dont 2 ont donné lieu à une autopsie. Les résultats, fournis par l'étude de ces faits, ont été résumés par l'auteur dans les conclusions suivantes :

L'action délétère du plomb peut s'exercer sur les centres nerveux, de trois façons différentes :

1° Il peut y avoir une action directe du plomb sur le cerveau. Cette action toxique se manifeste aussi bien par des symptômes cérébraux généraux, que par des phénomènes en rapport avec une lésion en foyer. A ces syndromes il y a lieu de rattacher les névroses qui se manifestent par de l'hémianesthésie et par des troubles psychiques. En même temps on peut observer des symptômes en rapport avec des altérations anatomiques que le poison a produites dans des nerfs craniens, dans les nerfs optiques notamment.

2° Il peut y avoir action du plomb sur les vaisseaux cérébraux, et, par suite, processus artéritiques avec leurs conséquences (hémorragie, encéphalomalacie).

3° Action du plomb sur les reins, avec symptômes cérébraux urémiques.

4° Ces différentes actions du plomb peuvent se combiner entre elles.

E. RICKLIN.

L'empoisonnement oxycarboné par les poêles mobiles, par LANCEREAUX (*Bull. de l'Acad. de méd., février et avril* 1889).

Lancereaux rapporte plusieurs cas d'empoisonnement mortel dus à l'absorption d'oxyde de carbone échappé de poêles à faible tirage, dits encore poêles mobiles; il montre que ces poêles sont d'autant plus dangereux, qu'ils sont plus économiques ; car, dans ce dernier cas, il y un appel d'air insuffisant. Si, en outre, l'on sait qu'il y a une transformation du gaz à travers une colonne de coke considérable, nul doute à admettre que ces poêles reposent sur un principe défectueux. Ils présentent encore des inconvénients résultant de l'échappement du gaz, par suite de l'adaptation imparfaite du couvercle, de la mauvaise disposition de la plaque mobile et du refoulement des vapeurs de charbon. Pour remédier aux différents accidents d'intoxication aiguë et chronique qui peuvent se manifester même dans les pièces ou étages de voisinage, il faut que le tirage de ces poêles soit suffisant pour transformer tout le carbone en acide carbonique, que le tirage de la cheminée soit également suffisant pour le dégagement des vapeurs et qu'il n'y ait pas refoulement de ces dernières dans les cheminées voisines. C'est à ces conditions seules que la vente des poêles mobiles devrait être autorisée.

Brouardel s'appuyant sur ce fait qu'il n'est besoin pour produire un empoisonnement que d'une minime quantité d'oxyde de carbone dans l'atmosphère, ainsi que le prouvent les exemples d'intoxication survenue chez des individus couchés en plein air, sur des fours à plâtre, mais

près d'une fissure, soutient que non seulement l'aération doit être suffisante dans l'appartement où se trouve un poêle mobile, mais encore qu'il ne doit y avoir aucun dégagement d'oxyde de carbone.

A. Gautier rappelle que ces empoisonnements se produisent non seulement par les poêles mobiles, mais encore par les calorifères sans tuyaux, les brazéros, les chaufferettes et en particulier les chaufferettes des voitures. Un cinq millième d'oxyde de carbone dans l'air ambiant suffit pour empoisonner le huitième du sang total ; il en résulte que son oxyhémoglobine est partiellement transformée en un poison redoutable, la carboxyhémoglobine qui agit sur la sensibilité et sur la motricité en les paralysant.

Vallin croit aussi que les intoxications chroniques, à petite dose, par l'oxyde de carbone, sont très communes et souvent méconnues dans leur origine ; il faut donc attirer l'attention du médecin et du public sur le danger des appareils de chauffage mal construits ; mais, contrairement à Lancereaux, il n'est pas d'avis de leur imposer l'estampille officielle ; ce serait une mesure, qui aurait pour effet de prohiber la vente de tous ces poêles, dont les avantages économiques sont universellement reconnus ; il vaut mieux chercher à en faire disparaître les défectuosités. Ce qui fait le danger de la plupart de ces poêles du système dit américain, ce n'est pas l'insuffisance d'entrée de l'air dans le foyer, mais la difficulté de sortie du gaz, résultant de la combustion.

Dujardin-Beaumetz présente les résultats de recherches sur la composition des gaz produits par la combustion du coke et de l'anthracite dans les poêles mobiles. Pour la combustion du coke en petite marche, pendant le jour, la quantité d'oxyde de carbone produit est la moindre; pendant la nuit, elle est le plus considérable et presque égale à celle de l'acide carbonique ; en grande marche, alors que le poêle n'est pas remué dans la nuit, mais seulement pendant le jour, on note absolument le contraire : pour la combustion de l'anthracite la proportion d'oxyde de carbone produit pendant le jour est à peu près la même qu'avec le coke; mais pendant la nuit elle est moindre, de plus comme l'anthracite donne une odeur désagréable, si les produits de sa combustion sont refoulés à l'intérieur, ils avertissent du danger que l'on peut courir. OZENNE.

Recherches de physiologie et d'hygiène sur l'oxyde de carbone, par N. GRÉHANT (*Journal de l'Anat. et de la Physiol., septembre* 1889).

De cet important mémoire, dont nous ne pouvons résumer ni les descriptions d'appareils, ni les relations d'expériences, nous extrairons les conclusions suivantes, parmi les plus intéressantes : L'affinité des globules pour l'oxyde de carbone est telle, que le sang absorbe aussi bien ce gaz à une pression de seulement 4 centimètres que dans les conditions de la pression ordinaire. En expérimentant avec des mélanges très dilués d'oxyde de carbone dans l'air, on voit un chien mourir au bout de vingt-deux minutes dans une atmosphère à 1 0/0 d'oxyde de carbone; dans une atmosphère en contenant seulement 1 pour 500, ce gaz est encore absorbé d'une manière notable, mais sans produire d'effet fatal ; en moyenne la dose toxique est de 1 sur 400 pour l'oiseau, 1 sur 250 pour le chien, 1 sur 60 pour le lapin.

L'élimination de l'oxyde de carbone se fait en nature : l'expérience

montre que si l'on maintient le vide au-dessus du sang oxycarboné et qu'on élève la température, on obtient, quoique lentement, le dégagement de l'oxyde de carbone ; chez le chien, la durée de cette élimination est de plus de cinq heures.

En empoisonnant par le gaz une femelle pleine, on voit que le sang maternel contient cinq à six fois plus d'oxyde de carbone que le sang du fœtus. Chez une femme enceinte qui aurait succombé à un pareil empoisonnement, l'opération césarienne devrait donc être pratiquée.

La combustion du tabac à fumer produit de l'oxyde de carbone : mais le fumeur n'en absorbe pas tant qu'il ne fait pas pénétrer la fumée dans la trachée, tandis que l'absorption a lieu, en petite quantité du reste, quand on fume très vite en avalant la fumée.

Le mémoire se termine par la relation des expériences de transfusion (Laborde, Gréhant) qui, chez le chien, ont merveilleusement produit le rappel à la vie. M. DUVAL.

Un cas d'empoisonnement par l'antifébrine, par PAUSCHINGER (*Münch. med. Wochenschrift*, *n°* 19, 1889).

Les symptômes principaux de l'intoxication furent de la diarrhée intense avec selles gris-noirâtres, des vertiges, une profonde sensation de froid, et de l'hypothermie. Le malade se rétablit lentement. Les urines donnèrent la réaction de l'aniline. P. TISSIER.

Zur Kenntniss der Strychninvergiftung (Intoxication strychnique), par HONIGMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 22, *p.* 435, 1887).

Il s'agit d'un adulte qui a été empoisonné par du beurre contenant de la strychnine. La dose de poison ingéré a pu être évaluée à quelques centigrammes. Malgré cette énorme quantité l'effet toxique a été lent. Ce n'est guère qu'au bout de cinq heures que les manifestations graves se sont présentées. Comme on n'avait pas, dès le début, tous les renseignements on a cru au tétanos.

La lenteur de l'empoisonnement est due à la résistance qu'offrent les graisses (la strychnine était mélangée au beurre) à l'action du suc gastrique, le beurre n'a été attaqué que dans l'intestin.

Après la guérison des crampes (car le sujet a guéri complètement) l'exagération des réflexes a persisté plusieurs jours encore.

Un symptôme qui n'avait pas été signalé jusque-là est la néphrite. Le malade a eu, avec un mouvement fébrile appréciable, de l'albumine, des cylindres hyalins et des globules de sang dans l'urine. L'albumine a disparu en 15 jours. L. GALLIARD.

Accidents occasionnés par les injections de préparations mercurielles insolubles, par LESSER, NEISSER, KAPOSI, ZEISING (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 602, 1er *juillet* 1889).

Sur 500 injections de préparations mercurielles insolubles faites chez des syphilitiques, Lesser a noté 12 fois des accidents dysentériformes du côté de l'intestin.

3 fois il s'est produit des phénomènes d'embolie pulmonaire (quintes de toux, cyanose, douleurs dorsales, etc.) sans doute parce que l'injection avait pénétré dans une grosse veine musculaire.

Sur ses 800 injections mercurielles insolubles, Neisser n'a vu qu'une fois survenir de la dysenterie. Néanmoins, vu les dangers des injections intra-musculaires (mortification des muscles, pénétration dans les veines musculaires, fusées le long du nerf sciatique), il se demande si l'on ne devrait pas en revenir aux injections sous-cutanées.

Kaposi a observé un cas d'hydrargyrisme mortel à la suite d'une injection sous-cutanée d'huile grise. Chez une femme à laquelle, en 7 semaines, on avait injecté 2gr,15 d'huile, soit 0gr,72 de mercure, il survint, dès les premières injections, de l'albuminurie; une semaine après la fin du traitement, apparurent de la stomatite, de la diarrhée et la malade succomba. A son autopsie, on constata tous les signes de l'empoisonnement hydrargyrique, et, au niveau des lieux d'injection, on retrouva quantité de mercure.

Chez 3 autres malades, apparurent de légers symptômes d'intoxication, environ 6 semaines après la dernière injection.

Kaposi conclut qu'il y a lieu de restreindre la fréquence et la dose de ces injections de préparations mercurielles insolubles, qu'il est impossible de doser exactement puisque les lieux où l'on a fait les injections emmagasinent pour un temps le mercure.

Zeising a fait sur les lapins, avec les préparations mercurielles les plus diverses, des expériences qui ont montré qu'il faut davantage tenir compte de la résorption plus ou moins facile de ces préparations que de leur teneur en mercure. A l'état métallique, le mercure est résorbé encore plus lentement que celui des préparations insolubles.

En pratiquant les injections dans le péritoine, on fait supporter, sans accidents, aux animaux, des doses plus considérables que par les injections hypodermiques. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

I. — **Notes on the baking of bacilli (Sur la cuisson des bacilles), par JACOBI** (*N. York Acad. of med.*, 20 *juin* 1889).

II. — **Traitement de la phtisie par l'inhalation d'air chaud, par de RENZI** (*Nouveaux remèdes, p.* 14, 1889).

III. — *Idem*, **par HOVENT** (*Journ. de méd. de Bruxelles, n°* 11, 1889).

IV. — **Hot-air inhalations in pulmonary tuberculosis, par E.-L. TRUDEAU** (*Med. News*, 28 *septembre* 1889).

V. — **The hot-air treatment of phthisis, par SHURLEY** (*New York med. record, p.* 25, 6 *juillet* 1889).

VI. — **Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Lungenschwindsucht... (Modifications apportées au traitement de la phtisie par les inhalations d'air chaud et humide), par Eduard KRULL** (*Berlin. klin. Woch., n°* 27, *p.* 607, 8 *juillet* 1889).

VII. — **Antiseptiques nouveaux dans le traitement de la phtisie, par C. Theodore WILLIAMS** (*The Practitioner, février* 1889).

VIII. — Die Behandlung der Schwindsucht mit Kohlensäure (Traitement de la phtisie par l'acide carbonique), par Hugo WEBER (*Berlin. klin. Woch.*. *n*° 35, *p*. 779, 2 *septembre* 1889).

IX. — Acido fluoridrico; sua applicazione nel trattamento della tuberculosi polmonare, par AMPUGNANI et SCIOLLA (*Archiv. ital. Rivist. clinic. di Medicina*, *avril* 1889).

I. — Jacobi n'a pas obtenu de résultats satisfaisants du traitement de la phtisie par l'air chaud. L'air arrive toujours à une température plus faible que celle indiquée dans l'appareil et il ne peut être admis dans les poumons à un degré suffisant pour modifier la vitalité des bactéries. Ce qui remonte les phtisiques à leur entrée à l'hôpital, ce sont les conditions d'hygiène, l'absence de travail, la nourriture plutôt que le traitement. (Voy. *R. S. M.*, XXXIV, 86, 98). A. C.

II. — 1° On ne peut s'attendre à des résultats favorables que dans les cas où l'air respiré atteint une température assez élevée (140, 160° cent.). L'air à la température de 43° à 46° ne peut agir.

2° Les malades supportaient moins bien l'air à la température de 80 qu'à 160°. Chez un sujet, l'air inspiré atteignit même 180° c.

3° La température la mieux appropriée pour l'air inhalé semble être de 140 à 160° cent., la durée des séances étant de 15 minutes à une heure.

4° Dans un cas, il y eut une hémoptysie pendant le traitement, mais il y en avait eu antérieurement.

5° Tous les malades accusèrent une amélioration de l'état général et un relèvement des forces.

6° Quelques malades présentèrent une augmentation de poids et une diminution des bacilles contenus dans les crachats.

III. — Hovent regarde comme purement théorique cette méthode de traitement et ne lui croit pas plus d'efficacité qu'à beaucoup d'autres.

IV. — Les essais tentés par T. lui font regarder comme douteuse l'action thérapeutique des inhalations d'air chaud dans la phtisie. L'examen bactériologique ne confirme pas l'espoir que l'on avait de pouvoir prévenir, par ce moyen, le développement du bacille dans les poumons ou de diminuer sa virulence lorsqu'il a pénétré dans les voies aériennes. A. C.

V. — Shurley a essayé le traitement dans 20 cas, 8 seulement ont été assez prolongés pour être rapportés. Dans quelques-uns il y a eu amélioration, mais plusieurs malades ont été obligés de suspendre les inhalations qu'ils ne pouvaient supporter.

VI. — En proposant sa médication, Krull n'a jamais eu l'intention d'instituer un traitement parasitaire, antibacillaire, qu'il juge impraticable. Ses inhalations d'air chaud humide n'ont d'autre prétention que d'activer la circulation pulmonaire, afin de remédier à la nutrition défectueuse des poumons, qui favorise l'établissement des bacilles tuberculeux.

Instruit par l'expérience, il a fait certaines modifications au traitement qu'il a préconisé (*R. S. M.*, XXXIV, 86). Elles portent sur la température de l'air inhalé, sur la longueur et sur l'heure des séances.

Au lieu d'air à la température de 43 ou 44° centigrade inhalé quotidiennement durant une demi-heure, Krull, pour éviter des rechutes, a

abaissé la température de l'air à 39 ou 40° (il commence la séance à 38°,5) et la durée de l'inhalation à un quart d'heure, au début. Chez les malades qui ont, à un moment quelconque du jour, une température au-dessus de la normale, il ne prolonge jamais la séance au delà de 15 minutes; chez les autres, pas au delà de 20 minutes ou au plus à 25, et cela dans les derniers temps du traitement, alors que les progrès semblent subir un temps d'arrêt du fait d'une longue accoutumance à la médication.

Dans la phtisie apyrétique, l'heure des séances n'importe guère. Quand au contraire il y a de la fièvre, il est préférable de faire les inhalations au moment de la journée où la chaleur animale est la moindre, c'est-à-dire en général vers 8 heures du matin.

A la suite des séances, on note une diminution du pouls et de la température, plus notable et plus prolongée chez les non fébricitants.

Sous l'influence de cette médication, l'expectoration sanguinolente ne tarde pas à disparaître ; bien plus, quand les crachats renferment quelques traces de sang, c'est toujours l'indice prochain d'une diminution marquée dans l'abondance de l'expectoration.

Relativement à la durée finale du traitement, Krull déclare qu'il est des malades qui au bout de 18 mois ne sont pas encore complètement guéris. J. B.

VII. — C. Théodore Williams a employé dans le traitement de la tuberculose pulmonaire deux des nombreux dérivés du coaltar, l'acide phényl-propionique et l'acide phényl-acétique. Il se sert d'une solution alcoolique saturée (1/6), dont il donne trois fois par jour de 10 à 20 minimes (0cc 59 à 1cc 18). Chaque dose de 10 minimes d'acide phényl-propionique doit être diluée dans une once d'eau. La proportion d'eau est plus faible pour l'acide phényl-acétique.

L'auteur croit pouvoir tirer de ses observations les conclusions suivantes :

1° L'acide phényl-propionique et l'acide phényl-acétique excitent l'appétit, la digestion, l'assimilation dans la phtisie pulmonaire et sont ainsi une cause d'augmentation du poids du corps.

2° Ils sont bien tolérés et même à haute dose pendant très longtemps.

3° Leur influence sur l'état des poumons est moins marquée que leur influence sur l'état général ; cependant l'acide phényl-acétique semble agir heureusement sur les lésions pulmonaires et diminuer la toux et l'expectoration.

4° L'acide phényl-propionique serait particulièrement indiqué dans les cas de cavernes pulmonaires. DESCHAMPS.

VIII. — La présence en abondance d'acide carbonique au sein de l'organisme semble constituer un terrain défavorable au développement des bacilles tuberculeux. L'immunité des chaufourniers à l'égard de la phtisie (*R. S. M.*, XXXIV, 98) tient peut-être à ce que l'atmosphère ambiante richement chargée de ce gaz, autour des fours à chaux, restreint l'excrétion qui s'en fait par les voies respiratoires.

Le temps d'arrêt qu'une grossesse imprime à la marche de cette maladie, dépend de ce que l'organisme maternel reçoit sans cesse l'acide carbonique résultant de la nutrition du fœtus.

L'immunité relative des cardiaques et des emphysémateux s'explique

parce que leurs poumons les premiers renferment beaucoup d'acide carbonique.

Les bons résultats du traitement de la phtisie par les lavements gazeux de Bergeon, sont dus en grande partie à l'acide carbonique.

Comme contre-partie, il y a lieu d'invoquer la prédisposition des diabétiques à contracter la tuberculose pulmonaire, ce qui est tout naturel si l'on admet l'opinion d'Ebstein que dans le diabète il y a déficit dans la production d'acide carbonique au sein de l'économie.

C'est guidé par toutes ces considérations que Weber a eu l'idée d'administrer aux phtisiques, par la voie stomacale, de l'acide carbonique, sous la forme suivante :

Avant les trois repas il leur fait prendre successivement un verre d'eau additionné de 12 gouttes d'acide chlorhydrique, puis une cuillerée à thé de bicarbonate de soude.

L'ingestion d'acide chlorhydrique a pour but de ne pas soustraire trop des acides gastriques par la formation du gaz carbonique.

Weber relate plusieurs observations de malades chez lesquels au bout de quelques semaines de ce traitement, il a constaté une amélioration notable des symptômes fonctionnels : respiration plus facile, appétit meilleur, toux moindre, cessation de la diarrhée et diminution des sueurs. J. B.

IX. — Ces auteurs ont repris les expériences qui ont été tentées, particulièrement en France, sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par des inhalations d'acide fluorhydrique. Ils ont modifié la méthode en employant des doses beaucoup plus fortes. Au lieu de 10 litres par mètre cube (Seiler), ou de 30 litres d'air que l'on fait passer dans une solution d'acide fluorhydrique à 35 0/0 (Garcin), ils faisaient communiquer avec une chambre de 14 mètres cubes un appareil contenant 100 litres d'air qui traversaient un flacon renfermant 600 grammes d'acide fluorhydrique pur. Après quelques séances de 15 minutes chaque jour, la quantité d'air amenée dans la chambre était élevée progressivement à 500, puis à 1,000 et même à 3,000 litres, et le nombre des inhalations était porté de 1 à 3 par jour. La proportion variait ainsi de 35 à 210 litres par mètre cube d'air respiré, tandis que la dose maxima n'avait pas dépassé jusqu'ici 30 litres. Cette *méthode intensive* aurait amené de rapides succès, imputables non pas seulement à l'action de l'acide fluorhydrique sur la muqueuse des voies respiratoires, mais à son influence sur les bacilles contenus dans le sang ou dans les divers tissus. Il semble qu'il y ait dans ce cas une imprégnation de tout l'organisme, l'acide fluorhydrique étant retrouvé dans l'urine. C'est à l'action du médicament sur l'économie et autant à ses propriétés antibacillaires que serait due l'amélioration de l'état général constatée par divers auteurs. Ces observations cliniques concordent avec les recherches de laboratoire publiées par Hip. Martin. A. SIREDEY.

Die Therapie der chronischen Lungenschwindsucht (Traitement de la phtisie pulmonaire chronique), par Hermann BREHMER (2e *édition*, 352 *p.*, *Wiesbaden*, 1889).

B. a divisé son livre en deux parties. La 1re traite de la phtisie chronique au point de vue de la théorie de l'infection et comprend 3 chapitres :

étiologie, prophylaxie, thérapeutique. Comme prophylaxie, B. se contente d'obliger ses malades à cracher dans un vase ; cette seule précaution suffirait, d'après Cornet, à empêcher le transport du bacille avec les poussières. Ses malades sont casernés, soumis à une surveillance médicale constante, isolés de leurs parents ; les jeux de cartes, de billard leurs sont défendus, les salles bien aérées sont maintenues été comme hiver à la température de 10° R. De plus son établissement ne reçoit que des phtisiques. Il déconseille l'ac. fluorhydrique, l'arsenic, mais déclare n'avoir pas encore suffisamment expérimenté l'air surchauffé. Il critique ensuite la climatothérapie actuelle, et déplore l'absence d'établissements spéciaux à la Riviera. Si ce desideratum était comblé, il n'existerait plus dès lors de contre-indication au traitement climatique.

La seconde partie (la phtisie d'après l'expérience clinique) est aussi divisée en trois chapitres semblables. Qu'est-ce que la « disposition » ? Il a retrouvé dans les antécédents de ses malades des palpitations indiquant une difficulté de la circulation sanguine, une faiblesse de cœur et de plus ce fait qu'ils n'ont jamais été forts mangeurs au temps de la croissance maxima ; ces malades ont le thorax plat avec des poumons relativement volumineux. Donc, étant donnée une diminution de la nutrition générale, celle du poumon relativement trop gros doit en souffrir. Il en conclut que la « disposition consiste en une hypoplasie du cœur avec hyperplasie du poumon ». B. a aussi remarqué que, dans les nombreuses familles, les enfants derniers-nés sont disposés à la tuberculose, surtout quand les couches se sont succédé à intervalles trop rapprochés. Il passe ensuite en revue le rôle de l'hérédité, des traumatismes du thorax, des maladies antérieures, de l'alcoolisme.

Pour la prophylaxie : ne permettre le mariage qu'aux individus tout à fait sains, leur défendre plus de 5 enfants à des intervalles de moins de 2 ans. Suralimenter l'enfant qui mange peu, exercer le cœur sans le fatiguer, dans ce but le séjour à la montagne est d'une grande utilité. Le spiromètre indiquera si le développement pulmonaire est suffisant.

B. expose ensuite sa méthode de traitement. Ses malades sont placés dans un établissement fermé et situé dans un pays de montagne, jouissant de l'immunité. Cette immunité d'altitude débute en Allemagne à 500 m., en Suisse à 1,500, à l'équateur à 4,000 m.. La localité sera à l'abri du vent, dans une vallée sinueuse, loin d'une grande ville, loin d'un grand chemin. Les malades éviteront toute fatigue, les promenades surveillées par le médecin sont proportionnées à leurs forces, à leur maladie. Elles se feront toujours dans les limites de la propriété, munie de bancs. Pas de promenoirs, mais des pavillons fermés et chauffés où le malade pourra aller reposer.

Si le phtisique ne mange pas, B. donne 1/16 de litre de lait chaque quart d'heure, soit 4 litres par jour. Généralement son appétit revient vite : il fait alors 5 repas, peu copieux, et où les graisses sont abondamment représentées ; en plus, 1 lit. 1/2 de lait. L'alcool n'est qu'un médicament, il n'est donné que sous forme de vin, jamais de bière, qui ralentit la digestion.

Puis vient le traitement symptomatique. Apprendre au malade à tousser, c.-à-d. à rejeter vigoureusement ses mucosités, à arrêter par l'eau tiède les accès de toux. La morphine est réservée aux seules toux sèches

fatigantes. Pour les hémoptysies, si elles sont peu abondantes, injection de morphine, vessie de glace sur le cœur; dans les cas graves, débarrasser le larynx des caillots, champagne, vessie de glace, repos, diète lactée, rarement ergotine. La fièvre peut cesser par le seul fait du repos; si elle résiste, alcool (150 gr. vin de Hongrie, soit 10 gr. d'alcool), vessie de glace sur le cœur, ce qui élève le tonus vasculaire, celle-ci dans les seuls cas où l'alcool échoue et où il existe de la fièvre vespérale sans frisson. Dans la fièvre hectique, 1 verre de vin 1 heure avant le début du frisson, un autre 1/2 heure après; puis vessie de glace 1 heure après la fin du frisson. S'il faut recourir aux antipyrétiques, B. donne l'antipyrine (0 gr. 50 à 1,50) ou l'antifébrine (0,25 à 0,50). Contre les sueurs nocturnes, lait avec 2 ou 3 cuillerées à café de cognac. Enfin, et d'une façon générale douches et frictions à l'eau froide, qui augmentent le tonus vasculaire.

B. fait enfin remarquer que ce traitement doit être intégralement appliqué et non partiellement. CH .LUZET.

Recherches sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par J. BRUNET (*Thèse de Paris*, 1889).

D'une façon générale, le traitement par les inhalations est bien supporté. Chez presque tous les malades on constate, au début, un picotement de la gorge et des yeux avec un peu de toux, mais ces phénomènes ne durent pas. En revanche on voit renaître l'appétit, cependant les vomissements ne disparaissent pas toujours et, après avoir diminué au début du traitement, ils reparaissent bientôt. Dans aucune des observations on ne voit cesser la diarrhée, au contraire, dans quelques cas, elle devient abondante et coliquative.

Les sueurs diminuent parfois, mais jamais elles ne disparaissent complètement. La fièvre ne cesse jamais, quelquefois elle augmente. La toux, la dyspnée sont rarement modifiées. La laryngite tuberculeuse n'est pas améliorée. Les hémoptysies n'ont pas cédé aux inhalations fluorhydriques, dans un cas même ces inhalations ont paru les provoquer. Aucun changement dans les signes physiques, aucune tendance à la réparation des lésions.

L'examen du sang, fait à diverses époques du traitement par le procédé de Hayem, n'a donné, en ce qui concerne l'influence des inhalations, aucun résultat affirmatif.

L'auteur termine par cette conclusion générale : les inhalations d'acide fluorhydrique ne donnent pas dans le traitement de la phtisie pulmonaire des résultats bien encourageants. CHOUPPE.

Ueber Einathmung auf 200° erhitzter Luft (Inhalation d'air chauffé à 200°), par MOSSO et RONDELLI (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 27, *p.* 535, 1889).

Les auteurs ont voulu savoir à quel degré se trouvait, dans le poumon, l'air fourni par l'appareil à inhalations de Weigert où il est chauffé à 200°.

Ils ont d'abord établi que l'air chaud qui traverse un diaphragme de gaze humide se refroidit immédiatement; de 200° il tombe à 24° ou 25°. Les muqueuses ont probablement le même rôle que ce diaphragme.

Pour mesurer la température intralaryngée de l'air inhalé ils ont

introduit un thermomètre dans le larynx par la voie trachéale (après trachéotomie) chez deux chiens. L'air inhalé étant à 160, la température dans le larynx était de 39°,3 dans l'un des cas, de 37°,8 dans l'autre, tandis que la température rectale s'élevait à 39° ou 39°,8.

La quantité de vapeur d'eau contenue dans l'air exhalé varie-t-elle avec la température de l'air inhalé? Les auteurs ont vu qu'après une inhalation d'air à 180° et une à 190° l'air exhalé fournissait exactement les mêmes résultats sur le cube de Leslie.

Si l'on admettait avec Weigert que l'air exhalé ait encore une température qui dépasse 45°, il faudrait que la vapeur d'eau perdue par l'organisme augmentât pendant l'expérience. Or en comparant le poids du corps pendant l'expérience au poids mesuré au moment où le sujet respire l'air de la chambre, on constate que dans le premier cas la perte d'eau est moindre que dans le second. Ce résultat est donc contraire aux assertion de Weigert.

Enfin les inhalations d'air à 200° n'élèvent pas la température du corps; elles n'élèvent pas à plus de 38°,4 la température du sang du poumon chez un chien en expérience.

Or, pour arrêter le développement des bacilles de la tuberculose il faudrait d'après Koch, dans les poumons, une température de 42°. Ces inhalations sont donc inefficaces. L. GALLIARD.

Traitement de la phtisie pulmonaire avec de petites doses de bichlorure de mercure associées à l'iodure de potassium, par John HALL (*The Amer. journ. of the med. sc.*, *p.* 451, *novembre* 1889).

L'action démontrée par Keyes du mercure à faibles doses sur le nombre des globules rouges et son effet tonique a engagé J. Hall a essayer contre la phtisie un traitement spécifique tel qu'il est prescrit dans la syphilis. Après un certain nombre d'essais, les résultats furent, dit l'auteur, aussi surprenants que satisfaisants et on peut affirmer que ce traitement présente une grande valeur contre la tuberculose. Le mercure a été dans tous les cas donné à la dose d'un 33e à un 60e de grain et l'iodure de 2 à 5 grains.

Dans les huit observations rapportées les effets ont été très favorables et l'auteur conclut en disant que les différentes préparations de mercure administrées aux phtisiques sont les agents les plus actifs qu'il ait trouvé pour combattre efficacement la phtisie. F. VERCHÈRE.

Zur Keuchhustenbehandlung (Sur le traitement de la coqueluche), par Friedrich SCHILLING (*Münch. med. Woch.*, *n°* 29, *p.* 498, 16 *juillet* 1889).

S'inspirant des données de Salkowski qui a établi le pouvoir antiseptique de l'eau chloroformée, Schilling a traité avec succès 62 cas de coqueluche par les inhalations de chloroforme. P. TISSIER.

Ein Handgriff zur Unterdrückung des Stickkrampfs bei Keuchhusten (Moyen de couper brusquement les quintes de la coqueluche), par O. NÆGELI (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 14, *p.* 417, 15 *juillet* 1889).

Sur ses deux enfants atteints de coqueluche, Naegeli a réussi, plus de 500 fois, à arrêter net les quintes, en attirant en avant et en bas

la mâchoire inférieure des petits malades, par l'un des procédés variés qu'il indique dans son travail. Il ne s'agit pas là d'une médication psychique, car la manœuvre a le même succès pendant le sommeil.

Les parents peuvent la pratiquer eux-mêmes, car elle est simple, indolore, nullement gênante et complètement inoffensive. On s'en abstient seulement, quand le malade a des aliments dans la bouche.

La suppression régulière des quintes a une influence favorable sur la marche et la guérison de la coqueluche ; en prévenant l'apparition de complications, elle restreint considérablement la mortalité de l'affection.

Naegeli a également reconnu que par le même procédé on abrège souvent, d'une façon notable, la toux quinteuse d'une autre origine. J. B.

Les lavages intra-pleuraux dans les pleurésies séro-fibrineuses, par JUHEL-RÉNOY (*Bull. méd.*, 6 *octobre* 1889).

J. R. a pour principe de pratiquer la thoracentèse dans tout épanchement séro-fibrineux supérieur à 500 grammes ; il vide partiellement la plèvre, lentement, avec prudence et injecte, également très lentement et avec tous les soins antiseptiques, une quantité sensiblement égale (50 à 70 grammes de moins que la quantité extraite) d'une solution de chlorure de zinc à 1 0/0. Il évite avec soin toute manœuvre brusque, et s'arrête au moindre signe de douleur un peu vive ou de toux. Le titre de la solution 1 0/0 est suffisant pour amener une prompte modification de la surface de la séreuse et transformer une pleurésie avec épanchement en pleurésie sèche. Dans les 24 cas ainsi traités, la durée a été abrégée d'une façon sensible et le traitement peut être considéré comme véritablement curatif. A. CARTAZ.

Zur Therapie der Localtuberculose mit Perubalsam (Baume du Pérou), par VAMOSSY (*Wien. med. Presse*, *n°* 17, *p.* 691, 1889).

L'auteur a traité par le baume du Pérou 28 cas de tuberculose locale. Il s'est servi généralement de gaze stérilisée puis trempée dans le baume, quelquefois aussi d'emplâtre ou bien d'émulsion, d'après le procédé de Landerer, pour pratiquer des injections dans les ganglions tuberculeux. Il a eu soin de désinfecter les surfaces mises à nu par les grattages avec l'acide phénique ou le sublimé avant d'appliquer le baume.

Les résultats sont favorables. L. GALLIARD.

Clinical notes on cocillana in diseases of the lungs, par David STEWART (*Med. News*, 24 *août* 1889).

Le cocillana est l'écorce d'un arbre, genre guarea, famille des méliacées (d'après Britton, *Bull. of the torrey botan. Club*, juillet 1889). Ses propriétés émétiques et purgatives le rapprochent de l'ipéca. Stewart l'a employé dans 21 cas de bronchite aiguë ou chronique, de bronchopneumonie, de phtisie et il en a retiré de très heureux effets. La toux diminue, les sécrétions bronchiques sont moins épaisses, plus facilement rejetées. Stewart emploie le cocillana sous la forme d'extrait fluide, cinq à dix gouttes deux à trois fois par jour. A. C.

I. — **Traitement de l'angine diphtéritique, par E. GALLOIS** (*In-8°, Grenoble*, 1889).

II. — **Ueber die Behandlung der Diphtherie mit säurer Sublimatlösung, par RENNERT** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 34, *p.* 756, 26 *août* 1889).

III. — **Étude sur les inhalations d'oxygène dans la diphtérie, par GONTHIER** (*Thèse de Paris*, 1889).

IV. — **Des variations du rythme respiratoire chez les diphtéritiques à la suite des inhalations d'oxygène, par P. LANGLOIS** (*C. R. Soc. biologie*, 30 *mars* 1889).

I. — Après avoir discuté la valeur des méthodes thérapeutiques préconisées contre la diphtérie, G... expose quelle est celle qu'il préconise et qui lui a donné d'excellents résultats (2 morts sur 100 malades). Ce sont les grandes irrigations, un litre toutes les heures, toutes les deux heures, d'une solution d'acide thymique à 1 0/00, irrigations par la bouche et par le nez. C'est là le traitement exclusif, au début, avec le régime lacté. Plus tard, suivant les indications, on ajoutera les inhalations d'acide fluorhydrique, l'électrisation contre les paralysies ; la trachéotomie est indiquée, cela va sans dire, en cas de suffocation imminente ou d'asphyxie. A. CARTAZ.

II. — Rennert a traité 62 angines diphtéritiques, sans perdre un seul malade, au moyen de la médication suivante :

Il détache toutes les fausses membranes en les frottant avec des tampons d'ouate trempés dans la solution acide de sublimé de Laplace (eau, 1000 ; sublimé, 1 ; acide tartrique, 5). Mais il ajoute qu'il n'emploie cette méthode qu'autant que l'affection est encore assez limitée et assez accessible pour être sûr que le raclage ait bien enlevé tous les enduits pseudo-membraneux.

A la suite de ce traitement qui, chez les enfants surtout, nécessite beaucoup de patience, la fièvre tombe au bout de quelques heures.

Tout doit être enlevé en une séance qui dure de 5 à 20 minutes ; dès que le malade n'a plus de fièvre, Rennert ne fait plus que de simples attouchements avec la solution, matin et soir.

Jamais Rennert n'a vu se produire de phénomènes d'intoxication. D'ailleurs, le maximum de tampons d'ouate employés dans la première séance ne dépasse pas 10 ou 12, ce qui correspond à une quantité totale de 5 grammes de la solution, soit 5 milligrammes de sublimé. J. B.

III. — Les inhalations d'oxygène, sans parler de leur action possible sur le microbe de Lœffler, ont une heureuse influence dans la diphtérie ; elles ont pu être employées sans inconvénient à la dose de 120 litres en 24 heures. Le premier effet est une accélération des mouvements respiratoire, polypnée plutôt que dyspnée, car ces mouvements deviennent moins pénibles, moins laborieux. Cette accélération atteint 20 et même 35 0/0 ; elle est peu durable. L'oxygène, en second lieu, rend la respiration régulière et rythmique et fait disparaître l'incoordination respiratoire, véritable *ataxie bulbaire* engendrée par l'asphyxie à la fois mécanique et toxique de la diphtérie. LEFLAIVE.

IV. — Le rythme respiratoire est accéléré chez les diphtéritiques qu'on soumet aux inhalations d'oxygène. Il s'agit toutefois plutôt de

polypnée que de dyspnée. Il est probable que, sous l'influence de la suroxydation du sang, la dépression diminue et que le système nerveux réagit plus énergiquement pour provoquer une ventilation suffisante.

PAUL LOYE.

Note sur le traitement antiseptique de la diphtérie, par CHANTEMESSE et WIDAL (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XI*, 609, *juillet* 1889).

Des fils de soie stérilisée ont été immergés dans une culture de bacilles diphtéritiques virulents, puis desséchés à l'étuve. Ces fils étaient alors plongés pendant 1, 2 et 3 minutes dans le liquide antiseptique à essayer. Au sortir de ce bain, on les plaçait, soit dans de l'eau distillée stérilisée, soit dans de l'alcool à 95°, pour les priver de la petite quantité de liquide antiseptique qu'ils auraient pu emmagasiner. Ils étaient ensuite inoculés dans des tubes de bouillon pur et mis à l'étuve. Des fils témoins, qui n'avaient pas été soumis à l'antiseptique, subissaient les mêmes lavages avec l'eau stérilisée et l'alcool à 95°; ils donnaient de très belles cultures.

Antiseptiques inefficaces : Eau de chaux, solution aqueuse de tanin à 2 0/0, acide phénique à 1 0/0, acide borique à 4 0/0, sulfates de cuivre et de zinc à 1/2 0/0, eau naphtolée, eau salolée, solution alcoolique d'acide salicylique à 5 0/0, perchlorure de fer à 1 0/0, biiodure de mercure à 1/2 pour 0/00, soit pur, soit additionné d'acides tartrique ou citrique.

Antiseptiques efficaces : Le liquide du Dr Soulez (5 grammes d'acide phénique pur, 20 grammes de camphre et 30 grammes d'huile d'olive) retarde la culture, mais ne l'empêche pas, même après 3 minutes de contact. L'addition d'acide tartrique n'augmente pas son pouvoir antiseptique. Ce résultat tient sans doute à la présence d'huile d'olive dans le mélange. On sait, en effet, que les corps gras servent très difficilement de milieu de stérilisation, parce qu'ils ne mouillent pas les cellules. Le naphtol camphré est plus efficace.

Chantemesse et Widal donnent la préférence à un mélange composé de 5 grammes d'acide phénique, 20 grammes de camphre et 25 de glycérine.

Ce mélange est semi-liquide, faiblement caustique. J. B.

Ueber die Behandlung der Schlaflosigkeit (Traitement de l'insomnie), par JASTROWITZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 624, *et n°* 30, *p.* 684, 8 *et* 29 *juillet* 1889).

Au point de vue de leurs effets narcotiques décroissants, les principaux soporifiques peuvent se ranger ainsi : morphine, chloral, amylène, paraldéhyde et sulfonal.

Si au contraire, on les compare au point de vue de leurs effets toxiques croissants, on a la série suivante : chloral, sulfonal, amylène, paraldéhyde et morphine.

La morphine et l'opium sont indiqués à petites doses dans les cas aigus d'insomnie, quand l'énergie cardiaque n'est pas trop déprimée et qu'on a besoin de calmants. Leur emploi réclame des précautions dans les états congestifs ou chroniques.

La paraldéhyde agit favorablement dans les formes aiguës, dans les

affections cardiaques, et parfois aussi dans les insomnies de nature diverse des alcooliques et épileptiques. Il vaut mieux la faire alterner avec d'autres médicaments que de l'administrer d'une façon prolongée. On doit éviter de l'employer en cas d'affections du poumon ou des bronches.

L'hydrate d'amylène trouve son emploi dans les maladies aiguës et chroniques, surtout si l'estomac est intact.

Le sulfonal est utile dans l'insomnie chronique, notamment quand elle s'accompagne d'agitation, mais on ménagera des pauses dans son administration. J. B.

Ueber den Einfluss der Brompräparate auf die Menstruation (De l'influence des préparations bromurées sur la menstruation), par D. ERNST (*Wien. med Blätter, n°* 31, 1889).

L'auteur a observé dans plusieurs cas que les préparations bromurées (bromure de potassium, de sodium) produisaient un retard très sensible dans la période menstruelle.

Dans un cas, il s'est agi d'une jeune fille réglée depuis quatre ans, d'une façon très régulière, qui prenait depuis quelques mois du bromure de sodium pour des attaques d'épilepsie survenues à l'âge de 6 ans; les règles ne revenaient que toutes les cinq ou six semaines; une fois elle ne reparurent qu'au bout de huit semaines.

Dans un second cas, une femme qui prenait du bromure pour des accès épileptoïdes ne voyait ses règles survenir que huit à quinze jours plus tard une fois elle ne se montrèrent pas pendant trois mois.

Dans un troisième cas, le retard déterminé par la médication bromurée disparut lorsqu'on eut suspendu le bromure pour une éruption acnéique.

L'auteur ne croit pas qu'on soit en droit de mettre le retard menstruel sur le compte de l'épilepsie. BARBE.

Recherches sur l'action thérapeutique de la coronille dans les affections cardiaques, par SPILLMANN et HAUSHALTER (*Revue médicale de l'Est, n°s* 16 *et* 17, *p.* 481 *et* 527, 1889).

La coronille (Coronilla scorpioïdes) et son glucoside la coronilline sont des médicaments cardiaques produisant une augmentation de la diurèse et de l'amplitude du pouls, une diminution des œdèmes et de la dyspnée.

Elles agissent à la façon de la digitale, et quand celle-ci est inefficace, la coronille l'est également. L'administration de ce médicament est quelquefois suivie de vomissements et de diarrhée.

La dose efficace est de 20 à 60 centigrammes de coronille et de 40 centigrammes à 1 gr,50 d'extrait alcoolique de coronille en pilules, cachets ou potion. Ces deux préparations ont une amertume des plus désagréables. LEFLAIVE.

Die Harnstoffausscheidung nach monopolaren und dipolaren faradischen Bædern (L'excrétion de l'urée après les bains faradiques monopolaires et dipolaires), par LEHR (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank, Band XX, fasc.* 2 *p.* 433, 1889).

Les recherches que l'auteur a faites sur sa propre personne l'ont amené à conclure que, contrairement à une opinion précédemment

émise par lui, le mode d'administration du bain faradique n'est pas chose indifférente : les bains bipolaires doivent être préférés aux bains monopolaires, comme exerçant sur les échanges nutritifs une influence plus tranchée, comme entraînant un accroissement assez notable de l'excrétion de l'urée. En outre, les bains bipolaires excitent davantage la sensibilité farado-cutanée et le sens musculaire. E. RICKLIN.

Sur le traitement antiseptique de la petite vérole, par LEWENTANER (*Bull. gén. de thérap.*, *p.* 164, 30 *août* 1889).

Il consiste dans l'application d'un masque en linge sur la face, badigeonnée avec une solution antiseptique (acides phénique, saliyclique) ainsi que le tronc. Les résultats sont : évolution plus courte, plus bénigne, absence de cicatrices, diminution de la contagion. P. TISSIER.

Weitere Erfahrungen über Kreolin (Nouvelles études sur la créoline), par F. SPÆTH (*Münch. med. Woch.*, 9 *avril* 1889).

Spæth a employé avec succès la créoline, comme antiseptique, dans un cas d'opération d'empyème, et dans de nombreuses opérations de gynécologie (curettages, énucléation de tumeurs, amputation du col, colporrhaphie).

Dans toutes les opérations sur les organes génitaux, il antiseptise le vagin avec une émulsion de créoline à 1-2 par cent.

La créoline agit très bien aussi dans la blennorragie vaginale.

Les expériences de Behring et de Fröhner ont montré le peu de toxicité de la créoline. Cependant Cramer a publié un cas d'intoxication.

P. TISSIER.

A preliminary note on the use of eucalyptus in headache, par Morris LEWIS et de SCHWEINITZ (*Med. News*, 29 *juillet* 1889).

L. et de Sch. ont administré dans huit cas de migraine l'essence d'eucalyptus; ce médicament, administré à la dose de cinq gouttes trois à cinq fois par jour, a réussi à prévenir les attaques, à les calmer, alors que les remèdes usuels avaient échoué. Dans deux cas, l'insuccès a été complet; il s'agissait de céphalées liées à des lésions organiques de l'ovaire et du tube digestif. A. C.

I. — Ueber Hydracetin, par Paul GUTTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 20, *p.* 437, 20 *mai* 1889).

II. — Zur therapeutischen Verwendung des Hydracetin gegen Psoriasis, par J. ŒSTREICHER (*Ibidem*, *n°* 28, *p.* 639, 15 *juillet*).

III. — *Idem*, par LE MÊME (*Ibidem*, *n°* 32, *p.* 728, 12 *août*).

I. L'hydracétine n'est autre que l'acétylphénylhydracine (*R. S. M.*, XXXIII, 484).

Guttmann l'a administrée à 18 *fébricitants* et a constaté qu'à la dose de 10 ou 15 centigrammes, elle abaisse notablement la température durant au moins 6 heures; la chute du thermomètre est accompagnée de sueurs, tandis que sa réascension se fait généralement sans frisson.

Anministrée à la dose de 10 à 30 centigrammes à 8 *rhumatisants*, elle

a manifestement calmé les douleurs; il en a été de même dans deux cas de *sciatique*.

Vu ses propriétés réductrices, Guttmann a également essayé l'hydracétine, chez 2 malades atteints de *psoriasis*, sous forme de pommade à 10 0/0, et cela avec succès.

Guttmann conclut :

1° La dose quotidienne d'hydracétine employée comme antipyrétique chez l'adulte ne doit pas dépasser 1 décigramme qu'on fait prendre soit d'un coup, soit répartie en 2 fois à 1 heure d'intervalle.

Chez les rhumatisants, la dose d'un décigramme doit être partagée en 2 prises dont l'une sera donnée le matin et l'autre l'après-midi.

2° On ne doit pas administrer l'hydracétine à la dose d'un décigramme plus de 3 jours de suite; on la supprimera ensuite plusieurs jours, sinon on s'expose à voir survenir des phénomènes d'intoxication. 3 rhumatisants auxquels Guttmann avait fait prendre 7 jours de suite, 2 fois par jour, 10 centigrammes d'hydracétine ont présenté de la pâleur de la face, sans rien d'anormal dans l'urine.

II. — Oestreicher a traité 6 *psoriasiques* avec une pommade d'hydracétine à 20 0/0, celle à 10 0/0, préconisée par Guttmann, s'étant montrée insuffisante; il en renouvelait l'application toutes les 24 heures. Au bout de 2 ou 3 applications, la desquamation cessa complètement, la rougeur disparut, les efflorescences s'effacèrent de plus en plus, et en général, au bout d'une quinzaine, le psoriasis avait disparu, sans qu'il y eut trace d'inflammation de la peau.

Mais tous les malades, à partir de la 7e à la 10e application, ont présenté des phénomènes d'empoisonnement. Lassitude croissante et faiblesse des membres; pâleur blafarde, presque cireuse, de la face qui était boursouflée par places, décoloration intense des muqueuses avec teinte subictérique; apyrexie, pouls normal; rien à l'examen microscopique du sang. Urine acajou, verdâtre, sans mélange de matières colorantes biliaires ni de globules sanguins, ni d'hémoglobine. Il n'y eut un peu d'albuminurie que dans le cas le plus grave. Les urines en revanche renfermaient beaucoup d'indican.

III. — Jeune médecin ayant traité son psoriasis par l'hydracétine, au moyen d'une pommade à 20 0/0. Dès la 4e des applications (qui étaient généralisées à tout le corps), il fut pris d'accidents graves consistant, à côté de ceux déjà signalés chez les malades d'Oestreicher, en cyanose des lèvres et des ongles, vomissements, palpitations, forte albuminurie et fièvre.

J. B.

HYGIÈNE

VIIe Congrès international d'hygiène et de démographie (Paris 1889) (*Revue d'hygiène et police sanit., XI, p.* 665, *août* 1889, *et Annales d'hygiène publique, XXII*, 209 *et* 305, *septembre et octobre* 1889).

Voici les principales résolutions votées par les différentes sections du congrès :

1° *Hygiène infantile.* Il est nécessaire que dans tous les pays on adopte un mode uniforme pour la statistique de la mortalité des enfants du premier âge. Pour la première année, la statistique devra être faite de mois en mois, et pour le premier mois de semaine en semaine. L'enregistrement des décès des enfants ne devrait se faire qu'après une enquête rigoureuse portant sur les points suivants : nature de la maladie qui a occasionné la mort ; date exacte de la naissance ; mode d'élevage (sein, biberon, mixte, autres genres d'alimentation) ; nature du biberon employé ; origine et nature du lait, époque de la dentition, maladies transmissibles dont auraient pu être atteints les parents de l'enfant ou les personnes qui lui donnent des soins ; salubrité du logement occupé par les parents ou les nourriciers.

Toute mesure légale, administrative ou privée, qui favorisera l'allaitement maternel servira au mieux l'hygiène infantile. L'allaitement artificiel est de tous les moyens de contagion l'un des plus sûrs pour les maladies infectieuses (tuberculose) : ce qui explique que l'élevage exclusif au sein donne aux enfants, toutes choses égales d'ailleurs, des chances de survie considérables. Dans les cas où l'allaitement maternel serait reconnu impossible, il faut encourager le mode d'allaitement artificiel qui donnera le plus de garanties contre la transmission des germes morbides ; imposer au besoin le choix d'un biberon (les biberons à long tube doivent être prohibés) et prendre toutes les mesures pour assurer la non-contamination du lait.

Il convient que les notions d'hygiène infantile soient répandues partout, par tous les moyens possibles, dans les villes et dans les campagnes ; qu'elles soient apprises aux filles dès l'école primaire, et il faudrait même, dans les grandes villes surtout, annexer aux écoles primaires des crèches où les jeunes filles, dans les deux dernières années d'écolage, apprendraient pratiquement à soigner les enfants du premier âge.

Dans les villes industrielles, toute mesure prise pour diminuer la durée du travail de la femme à l'atelier ou à l'usine sera une mesure d'hygiène dont l'enfant bénéficiera.

La connaissance des matières concernant l'hygiène, et surtout l'hygiène infantile, qui figurent au programme des brevets de capacité supérieurs et primaires, doit être réellement exigée des aspirants et aspirantes à ce brevet, et, à cet effet, des médecins doivent figurer dans les jurys. Des conférences sur l'hygiène de l'enfance seront faites officiellement dans les départements.

Le médecin de la crèche doit avoir l'autorité nécessaire pour faire observer les mesures d'hygiène et les règles d'alimentation. La section d'hygiène de l'enfance du congrès international ayant constaté la nécessité d'une enquête permanente sur la mortalité de la première enfance émet le vœu que la Société de médecine publique, instigatrice du congrès, se mette en rapport avec les institutions de France et de l'étranger qui s'occupent d'hygiène pour faire étudier cette question par une commission permanante internationale.

2° *Hygiène scolaire. L'inspection médicale* des écoles inscrite dans la loi du 26 octobre 1886, doit être rendue effective. Le médecin inspecteur sera nommé et rétribué par l'Etat. En attendant que la loi décide qu'un médecin fera partie du conseil départemental de l'instruction pu-

blique les préfets devront autant que possible prendre, parmi les conseillers généraux exercant la médecine, l'un des membres laissés au choix de l'administration préfectorale.

La *suette* doit être inscrite au nombre des maladies réclamant des mesures prophylactiques.

Les écoliers atteints de *tuberculose* pulmonaire confirmée pourront nécessiter des mesures prophylactiques, après avis du médecin autorisé.

3° *Prophylaxie de la tuberculose*. Nécessité d'exclure les tuberculeux des hôpitaux généraux et de créer pour eux des *asiles* spéciaux loin des grandes villes dans un climat tempéré.

Pour les chambres d'hôtel, les appartements ou villas des *stations* fréquentés par les tuberculeux, il y a urgence absolue d'un assainissement vraiment scientifique des locaux ; celui des matelas, couvertures édredons, etc., se fera par l'étuve à vapeur sous pression. Il est nécessaire qu'il y ait un délégué spécial du service d'hygiène dans chaque station à cet effet. Pour affirmer hautement la nécessité de ces pratiques dans l'esprit de ceux auxquels elles incombent, avoir même, au besoin, raison de résistances ou d'incuries regrettables, le congrès fait un devoir à chaque médecin de recommander tout particulièrement aux clients qu'il dirige sur ces stations de toujours réclamer la production d'un certificat d'assainissement et de salubrité avant de faire choix d'un hôtel, d'un appartement ou d'une villa.

Les objets de literie, tapis, tentures, etc., ne seront admis dans les *salles de vente* publiques que munis d'un certificat attestant que les objets ont été soumis récemment à la désinfection par l'étuve.

Les *ateliers de battage des tapis* seront désormais obligés de pratiquer la désinfection des tapis avant le battage.

4° *Prophylaxie des épidémies indigènes*. En cas de *licenciement* de casernes, de lycées ou d'agglomérations similaires, en temps d'épidémie, il est nécessaire de faire surveiller les malades dans les localités où ils se rendent.

Le nettoyage et le cardage des objets de *literie* souillés par les malades seront interdits sur la voie publique. Leur désinfection, sous la surveillance de la police, aura lieu exclusivement par la vapeur à 130°. Dans chaque arrondissement, un service spécial pourvu d'appareils d'épuration et de désinfection sera créé à ce propos.

5° *Prophylaxie des maladies exotiques*. Il est du devoir strict des gouvernements et des municipalités d'assainir les ports. *L'assainissement des ports* s'impose plus encore que celui d'une ville quelconque. C'est seulement alors que les ports présentant un terrain réfractaire à la pénétration des germes morbides exotiques, on pourra supprimer complètement les dernières mesures restrictives.

La *publicité* la plus large et la plus rapide possible doit être donnée aux actes de l'administration sanitaire. Lors de l'établissement du cahier des charges pour les compagnies de navigation subventionnées, une clause doit y être introduite permettant à l'Etat un contrôle sérieux et efficace sur le *service médical* et hygiénique du bord.

6° *Réforme de la législation sanitaire*. Les dépenses sanitaires doivent être comprises parmi les dépenses obligatoires au budget des communes et des départements.

La déclaration des cas de maladies transmissibles doit être régulièrement faite par toutes les personnes qui en ont connaissance, notamment par les médecins.

La loi devra indiquer, parmi les mesures à prendre en matière de salubrité des habitations, celles qui sont urgentes et celles qui peuvent être différées afin de soustraire les premières à toutes les lenteurs administratives ou judiciaires.

7° *Protection des cours d'eau et des nappes souterraines* contre la pollution par les résidus industriels. La projection de résidus industriels gênants ou dangereux dans les cours d'eau doit être interdite en principe. Il en est de même de leur introduction dans les nappes souterraines, soit par des puits perdus, soit par des dépôts à la surface du sol, soit par des épandages agricoles mal conçus.

Les eaux résiduaires d'industrie peuvent être admises dans les cours d'eau et nappes toutes les fois qu'elles auront subi un traitement entraînant la garantie qu'elles ne mêleront aux eaux publiques aucune matière encombrante, putride, toxique ou infectieuse, ni quoi que ce soit qui en change les propriétés naturelles.

L'épuration des eaux d'industrie doit être imposée. Elle sera exécutée selon des modes appropriés à chaque industrie. L'épuration par le sol est le procédé actuellement le plus parfait que l'on puisse appliquer aux eaux résiduaires des industries qui travaillent des matières organiques. Elle peut toujours et doit quelquefois être combinée à des opérations mécaniques ou chimiques, qui assurent la neutralisation des eaux et les préparent à l'absorption par le sol. L'irrigation méthodique avec utilisation agricole est la meilleure manière d'exploiter les propriétés assainissantes du sol. En cas de pollution des cours d'eau et des nappes souterraines par des résidus industriels, résultant de l'inexécution des prescriptions imposées par l'administration, les travaux de salubrité nécessaires pourront être ordonnés par le gouvernement, en vertu de la loi du 16 septembre 1807 ; les dépenses seront supportées par les communes intéressées, celles-ci ayant recours contre les auteurs de la contamination.

8° *Hygiène alimentaire.* Dans les pays où la loi ne fait pas de distinction entre les simples *falsifications* et les fraudes nuisibles, des pénalités plus fortes doivent être édictées contre ces dernières.

Il est désirable que tous les gouvernements fassent une réglementation pour la vente des produits alimentaires et exigent que le produit vendu corresponde à l'énoncé de l'étiquette. Lorsqu'il s'agira d'un produit créé de toutes pièces, l'étiquette devra porter ces mots : « Produit artificiel ne contenant pas de matières nuisibles. »

Il serait à désirer que le mode de surveillance des *viandes de boucherie* devînt uniforme dans toutes les communes de France ; qu'il y ait un service de surveillance organisé dans toutes les villes, et surtout dans les campagnes .

9° *Hygiène municipale.* Toutes les communes doivent être tenues de nommer une commission des *logements insalubres ;* les prescriptions de ces commissions devront être rapidement rendues exécutoires et débarrassées de toutes les entraves apportées par les lenteurs de la procédure actuelle.

Le cube d'air minimum exigé dans les logements doit être porté de 14 mètres à 18, sans préjudice des conditions d'aération; des règlements administratifs doivent prévenir l'encombrement des logements.

La loi doit imposer aux villes et à chaque commune importante l'organisation d'un *bureau d'hygiène* avec *laboratoire*.

La loi doit autoriser toute commune, sur avis conforme des commissions d'hygiène à rendre obligatoire l'abonnement aux *eaux* municipales, dans toute maison habitée, à déterminer le minimum de l'abonnement suivant les ressources d'eau disponibles.

Toutes les villes qui veulent entreprendre leur assainissement, si elles ont assez d'eau et une pente convenable pour entretenir la libre circulation et empêcher toute stagnation des immondices et des eaux, devraient adopter le système du *tout-à-l'égout*, qui se rapproche plus que tous les autres systèmes connus de la perfection. Toutes les villes qui ont adopté le tout-à-l'égout, si elles possèdent plus ou moins près d'elles des terrains perméables et propres à *l'épandage des eaux d'égout*, doivent en profiter pour favoriser l'agriculture, pour servir à l'épuration des eaux d'égout et empêcher la pollution des cours d'eau avoisinants.

Le système de la *double canalisation avec séparation des eaux de pluie*, qui sont chassées directement dans les cours d'eau environnant les villes, est compliqué, inefficace, coûteux et d'un entretien difficile. Il doit être condamné toutes les fois que des circonstances particulières n'en recommandent pas exceptionnellement l'adoption.

La filtration à travers une couche continue de sol perméable et homogène, de 2 à 3 mètres de profondeur, semble suffire pour protéger la nappe souterraine contre l'apport des germes pathogènes.

La collecte des *ordures ménagères* doit se faire dans des boîtes métalliques, tenues propres et désinfectées. Leur enlèvement doit être journalier, matinal et rapide. Leur utilisation par l'agriculture est la solution préférable.

Les *fêtes foraines* doivent être reléguées en dehors des grandes villes.

10° *Crémation.* Le VIIe congrès internationnal d'hygiène, confirmant les vœux de ses prédécesseurs, demande que les gouvernements fassent disparaître les obstacles législatifs qui s'opposent à la *crémation* facultative des cadavres, et qu'ils organisent la crémation des cadavres sur les champs de bataille.

11° *Démographie.* Dans chaque ville le maire désignera un médecin s'intéressant à l'hygiène publique qui vérifierait chaque mois le travail de l'employé chargé de la statistique sanitaire.

Il y a lieu d'exiger la déclaration de tous les produits de la gestation, en indiquant le mois. Il y a lieu de distinguer dans les tableaux de statistique les produits de gestation qui ont moins de 6 mois d'âge et ceux qui ont dépassé cet âge. Il y a lieu de distinguer les produits de gestation présentés sans vie à l'officier d'état civil, mais ayant vécu.

L'intervention des sages-femmes jouant un rôle considérable dans la morti-natalité, leur nombre et leur peu d'instruction étant deux causes importantes de morti-natalité, il y a lieu d'appeler l'attention des pouvoirs publics sur la législation qui les concerne dans les différents pays.

Pour diminuer la mortalité de l'enfance et afin d'éviter le danger des inhumations précipitées, aucun individu ne pourra être inhumé sans que son décès soit médicalement constaté. J. B.

Recueil des travaux du comité consultatif d'hygiène publique de France, XVIII, 1888 (*Paris*, 1889).

A. *Hygiène alimentaire*. Elle tient une place considérable dans ce volume.

Pour la 8e fois, la question du *plâtrage des vins* a occupé le Comité. Un rapport de G. Pouchet et Richard est consacré à réfuter les mémoires de l'École d'agriculture de Montpellier qui tendent à innocenter cette manipulation. En Italie, une circulaire du ministre de l'intérieur (24 juin 1887) défend de mettre en vente des vins contenant une proportion de sulfate de potasse supérieure à 2 grammes par litre et oblige les vendeurs à déclarer que leur vin est plâtré ; en France, au contraire, l'exécution des circulaires du ministre de la justice, en date du 20 juillet 1880 et du 25 août 1886, est encore ajournée d'un an à partir du 1er septembre 1888.

— Pouchet indique les mesures à prendre pour réprimer la vente frauduleuse des vins de raisins secs, de figues, de caroubes, etc., faite sans qualification qui permette de les distinguer des vins de vendanges.

— Nous avons déjà signalé (*R. S. M.*, XXXIV, 100) le travail de Brouardel et Pouchet sur la consommation de l'*alcool* dans ses rapports avec l'hygiène.

Les falsifications des *cafés* sont au nombre de 3, d'après Dubrisay : 1° Substitution d'une provenance inférieure. Après une légère torréfaction, on applique sur les grains une couleur d'aniline, orangée pour leur donner l'aspect des bonnes sortes de Java, bleue pour simuler le vert bleuâtre des sortes de Porto-Rico ; parfois même, on leur applique une couche de chromate de plomb. 2° Réparation des cafés avariés. Après lavages à l'eau de chaux pour enlever les moisissures, puis à l'eau simple pour enlever la chaux, on sèche rapidement à l'étuve, puis on lustre les grains au talc et, comme dans le cas précédent, on les teint avec un composé diazoïque. 3° Mouillage. On rend au café les 20 0/0 de son poids que lui a fait perdre la torréfaction, en lui incorporant soit de la vapeur d'eau, additionnée de glycérine, d'huile ou de vaseline, soit les produits volatils condensés de la torréfaction. Or, il résulte des expériences de Dubrisay sur les cobayes et les chiens que cette « sève » de café est éminemment toxique ; elle renferme entre autres de la caféine, du furfurol, de la pyridine, de la picoline, des amines, etc. Les grains de café mouillé sont coriaces et perdent à l'étuve une quantité d'eau supérieure à 3 0/0. Les grains de café teint, frottés sur un linge mouillé, laissent une trace de matière colorante.

Les *huiles d'olives* sont adultérées avec des huiles de graines d'arachides, de coton, de sésame. Mais Pouchet conclut par deux fois que ces sophistications n'intéressent pas l'hygiéniste, parce que la valeur alimentaire des huiles de graines ne le cède en rien à celle de l'huile d'olives.

— Les falsifications du *poivre* en poudre font l'objet d'un rapport de Regnauld et Martin.

— Pour donner aux *haricots* l'aspect de haricots fraîchement écossés, on les reverdit en les trempant dans l'eau; Grimaux propose d'interdire la mise en vente de ces haricots avariés.

— Une loi du 5 avril 1887, dont on trouvera le texte dans ce volume, institue un service d'inspection sanitaire pour les *viandes* fraîches abattues introduites en France. Trois rapports de Chauveau, de Brouardel et Charrin sont consacrés à cette question.

— Le décret du 12 janvier 1882 prohibait la vente des *huîtres* pour la consommation, durant l'été, à l'époque du frai; Grancher est d'avis qu'on n'est pas autorisé à dire que l'huître laiteuse soit toxique et qu'il y ait lieu d'en interdire la vente.

— L'emploi du bicarbonate de soude pour la *conservation du lait* ne saurait être permis, parce que, suivant Proust, la transformation du sucre de lait en acide lactique donne lieu, pour le lait additionné de bicarbonate de soude, à un lactate de soude qui est un sel purgatif.

De même, Pouchet conclut à interdire l'usage de l'*acide benzoïque* pour conserver la bière ou d'autres substances alimentaires, et Brouardel, Pouchet et Ogier condamnent la *saccharine*. (*R. S. M.*, XXXIV 102.)

— S'occupant des *capsules métalliques* plombifères servant au bouchage, Dubrisay émet l'avis qu'il y a lieu de les interdire absolument pour la fermeture des flacons de lait, tandis qu'il n'y a pas lieu d'empêcher le capsulage, par feuilles métalliques, des bouteilles d'eaux minérales.

— Une ordonnance de police du 13 novembre 1888, prise conformément au rapport de Dubrisay, défend l'emploi des *feuilles de plomb doublées d'étain* pour envelopper des substances alimentaires.

— Les soudures intérieures des *boîtes de conserves* alimentaires sont une autre cause d'empoisonnement saturnin à laquelle a voulu remédier la circulaire du 31 mai 1880. Mais les industriels réclament (en 1888) un nouveau délai d'un an avant son application.

— Les *dépotoirs en tôle galvanisée* servant au mesurage des alcools et des vins, notamment, cèdent du zinc aux liquides à leur contact; aussi Dubrisay demande-t-il qu'on renonce à les employer.

— Parmi les autres documents relatifs à l'hygiène alimentaire que contient ce volume, nous mentionnerons l'ordonnance parisienne du 21 mai 1885, concernant la fabrication et la vente des liqueurs, bonbons et pastillages coloriés, ainsi que l'emploi des *papiers de couleur* pour envelopper les substances alimentaires; la loi allemande du 5 juillet 1887 relative à l'emploi de couleurs nuisibles à la santé dans la préparation des denrées alimentaires et des objets de consommation; l'instruction allemande touchant la recherche de l'arsenic et de l'étain dans les couleurs et les étoffes; enfin, la loi française du 14 mars 1887 sur la falsification des beurres.

B. *Hygiène urbaine*. En 1888, le Comité a examiné 65 projets d'alimentation en eau potable; au nombre des villes intéressées se trouvaient Paris, Toulouse, Caen, Périgueux, Mantes.

— La Commission du Sénat, chargée de l'examen du projet de loi sur

l'*assainissement de la Seine* et l'*utilisation agricole des eaux d'égout* de Paris a réclamé l'opinion du Comité, dont Ogier a été le rapporteur.

— Brouardel et du Mesnil exposent les règles sanitaires à observer dans l'établissement des *cimetières*.

C. *Hygiène professionnelle*. Il ressort du rapport présenté par A. Gautier au Conseil de salubrité de la Seine, sur les cas d'empoisonnement saturnin traités dans ce département pendant les années 1884 à 1886, que, depuis 1882, on note une brusque diminution de leur nombre, que l'on doit vraisemblablement attribuer à l'affichage dans les ateliers de l'Instruction relative aux causes de l'intoxication saturnine et aux moyens d'y remédier. Les ouvriers du plomb les plus gravement frappés sont aujourd'hui, non plus comme autrefois les cérusiers et fabricants d'oxydes, mais les peintres, les enduiseurs et broyeurs de couleurs qui ont eu 19 décès en 3 ans sur 481 malades hospitalisés.

— Rapport de Brouardel sur l'hygiène des ouvriers employés dans les fabriques d'*allumettes* chimiques.

D. *Hygiène navale*. Dans deux rapports, Gestin étudie les modifications à apporter au décret du 15 mars 1861, en ce qui concerne les conditions sanitaires des *navires d'émigrants*; il a joint un résumé des législations italienne, allemande, anglaise et américaine sur la matière. Voici les principales résolutions votées par le Comité. Les entreponts ne pourront avoir moins de $1^m,66$ de hauteur. Il devra être alloué à chaque émigrant au moins 3 mètres cubes d'espace vide dans l'entrepont supérieur et $3^m,50$ dans l'entrepont inférieur, défalcation faite du volume occupé par les couchettes et autres objets. Une surface complètement dégagée de 1 mètre carré au moins par passager doit être ménagée pour la promenade à l'air libre sur le pont. Il devra y avoir à la fois des ventilateurs mécaniques et des manches à vent en tôle, d'un diamètre minimum de 30 centimètres, au nombre de 2 par compartiment et de 4 dans les compartiments contenant plus de 100 couchettes. Les couchettes doivent avoir intérieurement une longueur de $1^m,83$ et une largeur de $0^m,55$; elles doivent être pourvues de planches à roulis. Il ne doit pas y avoir plus de 2 couchettes juxtaposées; des couloirs longitudinaux de 1 mètre de large et des transversaux de $0^m,60$ seront ménagés entre les groupes de couchettes. Il ne peut y avoir de couchettes dans plus de 2 entreponts; dans l'entrepont inférieur, il ne pourra être installé plus de 2 plans superposés de couchettes, et cela encore à la condition d'une hauteur minimum de $1^m,80$. Dans l'entrepont supérieur, il ne pourra être installé plus de 3 plans superposés de couchettes, et cela seulement si l'entrepont est haut de $2^m,60$. Un intervalle, toujours dégagé, de 20 centimètres au moins, doit être laissé entre les fonds des couchettes inférieures et le plancher; un intervalle d'au moins $0^m,80$ doit exister entre les fonds des couchettes supérieures et le plafond. Tout navire d'émigrants doit être pourvu d'un compartiment spécial destiné à servir d'hôpital, qui contiendra au moins 1 lit par 30 passagers et aura une capacité de 6 mètres cubes au moins par lit.

E. *Quarantaines et choléra*. Proust annonce que le gouvernement anglais est disposé à accepter les deux conditions imposées pour supprimer les 24 heures d'observation à l'arrivée des bâtiments à Suez :

1° Présence à bord d'un médecin nommé par le gouvernement du

pays auquel appartient le navire; 2° présence à bord d'une étuve à désinfection.

— Analyses, par Richard, du rapport de la mission envoyée en 1883 par le gouvernement allemand en Égypte et dans l'Inde pour y étudier l'étiologie de choléra; par Martin, du rapport de l'administration sanitaire sur l'épidémie cholérique de 1886 au Japon; par Vallin, des procédés de désinfection employés depuis 4 ans aux stations quarantenaires de la Nouvelle-Orléans.

F. *Epidémies indigènes.* Variole dans le Morbihan (Proust); fièvre typhoïde au lycée de Quimper (Thoinot); répartition de cette maladie en France par Brouardel. (*R. S. M.*, XXXIV, 205.)

Sur le rapport de ce dernier, le Comité déclare qu'il serait très utile pour la santé publique : 1° que le médecin appelé auprès d'un malade atteint de certaines affections épidémiques fût tenu d'en faire la *déclaration;* 2° qu'une statistique des causes de décès, basée sur les déclarations des médecins traitants, fût organisée dans toute la France, d'après le système adopté par l'Académie de médecine, la Ville de Paris et l'Association générale des médecins de France.

G. *Rage.* Rapport de Chauveau sur la réglementation prophylactique applicable à la rage.

H. *Eaux minérales.* Le Comité a été appelé à se prononcer sur une pétition relative à la Constitution d'une société qui se proposait de fabriquer en grand des eaux minérales, régulièrement dosées, destinées à remplacer les eaux naturelles et à remplir le même office, tant au point de vue hygiénique que sous le rapport thérapeutique. Sur l'avis de Regnauld, le Comité croit pouvoir affirmer l'impossibilité de reproduire des solutions identiques aux eaux minérales naturelles.

— Projet de règlement supprimant l'inspectorat médical des stations thermales.

— Études de Jacquot et Willm sur les eaux du Vernet, de Molitg, d'Amélie, de la Presle, etc.

I. *Conseils de salubrité des départements.* Rapport général sur leurs travaux en 1884 par du Mesnil, en 1885 par Richard et Napias.

J. *Hygiène publique à l'étranger.* Compte rendu sur le service sanitaire à Trieste, par Martin, et sur les documents publiés par l'administration des douanes européennes de l'empire chinois par Napias.

K. *Actes officiels.* Bornons-nous à signaler l'institution et l'organisation d'une inspection régionale des services de l'hygiène publique (décret du 23 avril 1888) confiée aux professeurs d'hygiène des Facultés de médecine. J. B.

I. — Compte rendu général des opérations du service de vaccine de la ville de Lyon depuis son organisation jusqu'en 1888, par J. BOYER (*Lyon*, 1889).

II. — Rapport au ministre de l'intérieur de Belgique sur le fonctionnement de l'office vaccinogène central de l'Etat en 1888, par WEHENKEL, E. JANSSENS et TOSQUINET (*Le mouvement hygiénique, V*, 345, *août-septembre* 1889).

III. — Ueber Impfung neugeborener Kinder (Vaccination chez des nouveau-nés), par M. WOLFF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 17, *p.* 383, 29 *avril* 1889).

IV. — De la purulence sur les vaccinifères de la race bovine, par CHAMBON (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XI*, 237, *mars* 1889).

I. — Depuis le 1er janvier 1883 au 1er janvier 1889, l'Institut vaccinal de Lyon a délivré du vaccin pour 181,685 vaccinations faites au dehors, soit en moyenne pour 30,280 par an.

D'autre part, le chiffre des vaccinations faites dans le service, depuis sa création, s'élève à 26,101.

La fondation de l'Institut a eu pour résultat de réduire les décès par la variole de 309 à 56 dans les années où il y a épidémie, et de 33 à 8 dans les autres.

En 1883, les vaccinations faites avec la lymphe animale donnèrent seulement 87 0/0 de succès. Dès que la pulpe fut exclusivement employée, les succès s'élevèrent à 98 (1884, 1885 et 1887) et 99 0/0 (1886 et 1888).

Les résultats des revaccinations sont trop variables pour pouvoir former un élément d'appréciation du vaccin inoculé : ils oscillent entre 45 (1885) et 52 0/0 (1888).

Les observations faites dans le service ne confirment pas l'idée que la durée de l'immunité soit proportionnelle à l'intensité de l'éruption vaccinale, au nombre des cicatrices.

Le fonctionnement de l'Institut lyonnais est basé sur l'emploi du vaccin animal *conservé*, système qui a entre autres avantages de ne pas exiger la présence permanente d'un vaccinifère, d'employer la partie des pustules qui contient le principe actif et d'être beaucoup plus économique. En effet, les dépenses annuelles de l'Institut n'ont jamais dépassé 4,788 fr. 23, et dans les 2 dernières années n'ont pas atteint 4,000 francs, tandis que le nombre des veaux vaccinifères a varié de 37 (1884) à 19 (1887 et 1888).

La préparation de l'électuaire vaccinal a été décrite (*R. S. M.*, XXV, 621). L'expédition s'en fait entre deux plaques creusées en capsule et dont les bords sont cachetés à la cire.

Les inoculations humaines doivent être faites par scarifications, intéressant l'épaisseur de l'épiderme et mesurant 5 millimètres de longueur, dans une direction parallèle à l'axe du bras dont la peau est préalablement tendue. Il est bon que la plaie de la scarification se dessine en rouge sur la peau, mais le sang ne doit pas sortir sous forme de goutte.

Par la force des choses, la pulpe vaccinale lyonnaise n'est jamais inoculée à aucun être humain sans que l'autopsie du veau ait été faite.

Sur plus de 200,000 vaccinations pratiquées dans les cinq années d'existence de l'Institut on n'a noté aucun accident.

L'évolution du vaccin animal provoque assez souvent autour des pustules une inflammation assez intense, avec rougeur vive et légère tuméfaction ; mais tout se borne là ; l'inflammation tombe d'elle-même vers le 12e jour.

Quelques roséoles discrètes, 2 ou 3 cas de vaccine pétéchiale, 2 cas d'éruption secondaire par auto-inoculation, telles sont les anomalies observées.

II. — Sur 195 veaux inoculés à l'établissement, 4 n'ont pu être utilisés, 3 pour gastro-entérite, et 1 pour indigestion mortelle, à la suite de l'inoculation.

L'office a envoyé 294,439 doses de vaccin presque entièrement sous forme de pulpe.

On connaît les résultats de 60,164 vaccinations qui ont fourni 98,38 0/0 de succès et de 16,680 revaccinations qui ont donné 58,75 0/0 de succès. Les dépenses de l'office se sont élevées à 19,648 fr. 21. (*R. S. M.*, XXII, 110.)

III. — Bollinger a proposé de vacciner les femmes enceintes, dans l'espoir de conférer en même temps aux enfants qu'elles portent dans leur sein l'immunité contre la variole. Voulant voir ce que valait cette idée, Wolff a vacciné 17 femmes enceintes à une époque plus ou moins rapprochée du terme de leur grossesse (de 6 à 78 jours avant l'accouchement). D'autre part, il a vacciné leurs enfants dans les premiers jours de leur naissance, et chez tous, sans exception, l'inoculation du vaccin a été fructueuse, preuve que, dans les conditions normales, le contage vaccinal ne pénètre pas dans la circulation placentaire. (*R. S. M.*, XVI, 527; XXII, 98 et XXIII, 604.)

Wolff a également voulu s'assurer s'il y avait quelque inconvénient à vacciner les enfants dès leur naissance. Il a inoculé du vaccin jennérien à 8 nouveau-nés âgés de 1 à 2 jours ; aucun d'eux n'a eu de fièvre et l'évolution des boutons a été normale. Il a inoculé du vaccin animal à 15 nouveau-nés âgés de 8 heures à 3 jours ; tous ont eu une élévation de température moindre que des enfants plus âgés inoculés avec le même vaccin.

Considérant qu'on a compté en Allemagne, en 1886, 155 décès varioleux, dont 61 chez des enfants au-dessous de 1 an, et, en 1887, 168 décès, dont 56 chez des enfants de 1 an et 23 chez des enfants de 1 à 2 ans, Wolff propose une modification à la loi sur la vaccine obligatoire, de façon à avancer l'époque de la 1re vaccination qui, en Angleterre, doit avoir lieu dans les 3 premiers mois de la naissance; en Ecosse et en Irlande dans les 6 premiers mois.

Dans la discussion, *Baginsky* déclare avoir vu la vaccine arrêter chez un nouveau-né l'évolution des boutons varioleux. Il est en outre convaincu, comme Wolff, de l'innocuité et de l'efficacité de la vaccine immédiatement après la naissance. Néanmoins il n'est pas partisan de modifier sur ce point la loi, parce que, chez les nouveau-nés, il y a beaucoup à redouter l'érysipèle et l'infection purulente, et qu'on fournirait ainsi des armes aux antivaccinateurs si on rendait obligatoire en tout temps la vaccine dès les premiers instants de la vie ; en cas d'épidémie de variole, les médecins n'hésitent jamais à vacciner les nouveau-nés.

IV. — D'après Chambon, les accidents signalés par Pourquier (*R. S. M.*, XXXIV, 99) sur les génisses vaccinifères sont généralement désignés sous le nom de purulence.

Depuis quelques années, la purulence s'est montrée dans les étables de plusieurs instituts du vaccin animal ; elle en a nécessité la fermeture, la désinfection complète des locaux et le renouvellement de la souche vaccinale.

Or, Chambon a remarqué que la purulence ne se développe que sur les animaux inoculés avec la *pulpe*, tandis qu'on ne la voit jamais survenir quand l'inoculation a été pratiquée avec le vaccin *liquide* défibriné, de même provenance. J. B.

Die schädlichen Folgen des chronischen Kaffeemissbrauchs (Suites fâcheuses de l'abus chronique du café), par F. MENDEL (*Berlin. klin. Woch.*, n° 40, *p.* 877, 7 *octobre* 1889).

Dans la région industrielle dont Essen est le centre, les femmes d'ouvriers boivent du café du matin au soir ; il en est qui consomment hebdomadairement, pour leur usage personnel, une livre ou davantage de café de Ceylan (4gr, 35 de caféine par livre). Les phénomènes morbides provoqués par l'abus chronique du café sont de trois ordres :

1° Troubles nerveux. Sentiment de faiblesse générale, aversion pour le travail et humeur triste ; céphalée, insomnie. Tous ces symptômes disparaissent plus ou moins lorsque les individus ont repris une infusion concentrée de café ;

2° Troubles musculaires. Diminution plus ou moins considérable de la vigueur motrice ; incapacité d'accomplir les grosses besognes domestiques non plus que les fins ouvrages des mains. Tremblement des mains, même au repos ;

3° Troubles circulatoires. Pouls petit, accéléré, irrégulier ; choc de la pointe du cœur faible. Angoisse précordiale et palpitations. Refroidissement des extrémités, appréciable même par les malades. Visage blanc jaunâtre, muqueuses anémiées. L'inappétence est fréquente, ainsi que la dyspepsie dite nerveuse : sensation de pression et de plénitude stomacale, nausées, éructations, cardialgie.

Tendance à l'acné rosacea déjà indiquée par Isaac. (*Berlin. klin. Wochens.*, 1889, n° 3.)

Traitement : Eviter les travaux pénibles. Substituer le lait au café. Séjour à l'air libre. Ablutions froides suivies de frictions énergiques. Cognac à petites doses. J. B.

Les denrées alimentaires, leurs altérations et leurs falsifications ; conférences du concours de Bruxelles (*In*-8°, *Bruxelles*, 1889).

Ce volume représente la collection des conférences faites à l'occasion du concours d'hygiène. Voici l'énumération des sujets traités.

De la nécessité de prendre des mesures pour assurer la répression des falsifications des denrées alimentaires, par *Depaire*.

Sur les méthodes à suivre pour la recherche des falsifications des denrées alimentaires, par *E. Dubois*.

Le beurre et la margarine, par *A. Jorissen*.

La bière, ses altérations et ses falsifications, par *A. Claes*.

La saccharine, par *Bruylants*.

Des dangers pouvant résulter de l'emploi d'aliments altérés, par *A. Denacker*.

Les eaux alimentaires, par *A. Kemna*.

De l'usage des champignons comestibles, par *Kaiser*.

Des applications du microscope à la recherche des falsifications, par *de Nobele*.

Sur la falsification des sirops alimentaires, par *Van de Vévere*.

Physiologie et pathologie des boissons spiritueuses, par *Delaunay*.

Le lait, par *d'Hont*.

De la nécessité d'un service d'inspection des viandes de boucherie, par *Brouwier*.

De l'emploi de l'acide salicylique dans la conservation des denrées alimentaires et des boissons, par *V. André*.

Des altérations et des falsifications des boissons spiritueuses, leurs dangers, par de *Vaucleroy*.

Les falsifications du poivre, par *Wauters*.

Des qualités des viandes de boucherie, par *Van Hertsen*.

De la nécessité d'une action internationale contre la falsification des denrées alimentaires et des boissons, par *Belval*. A. C.

Die Verbreitung der Lungenschwindsucht in der Schweiz nach Hœhenlagen (Répartition de la phtisie pulmonaire en Suisse selon l'altitude), par L. SCHRŒTER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanit., nouv. série LI*, 125, *juillet* 1889).

Schrœter s'est servi des statistiques officielles de 11 ans (1876 à 1886). Ayant à sa disposition des documents plus nombreux et plus exacts, il est arrivé à des résultats qui diffèrent en partie de ceux de Müller (*R. S. M.*, IX, 564.)

La moyenne annuelle des décès causés, en Suisse, par la phtisie pulmonaire est de 2,31 pour mille habitants ; on y compte 105 décès de phtisiques sur mille décès de toutes sortes. Ce sont les cantons d'Appenzell (Rhodes-Intér.), de Bâle-Ville et de Genève qui comptent la plus grande mortalité par tuberculose pulmonaire ; Uri, le Haut-Unterwald et Schaffouse, la plus faible.

De 200 à 400^{m} d'alt.	on compte	112	décès de phtisiques	sur 1000 décès	de toutes sortes.
De 400 à 700	—	105	—	—	—
De 700 à 900	—	106	—	—	—
De 900 à 1200	—	92	—	—	—
Au-dessus de 1200	—	71	—	—	—

La phtisie pulmonaire est endémique dans toute la Suisse. La mortalité due à la phtisie ne diminue ni proportionnellement ni régulièrement, au fur et à mesure que croît l'altitude. Cette mortalité augmente régulièrement en même temps que grandit le chiffre de la population industrielle. Pour des altitudes égales, les districts industriels ont une mortalité phtisique beaucoup plus considérable que les districts agricoles.

A proportion égale de populations industrielles, la mortalité par phtisie pulmonaire est un peu plus faible dans les districts les plus élevés. J. B.

I. — How far may a cow be tuberculous before the milk becomes dangerous as a food supply ? par Harold ERNST (*New York med. record, p.* 356, 28 *septembre* 1889).

II. — The relationship existing between human and bovine tuberculosis, par BRIESH (*N. York, Acad. of med., N. York med. record, p.* 525, 11 *mai* 1889).

III. — Die Sterblichkeitsverhältnisse in den Krankenpflegeorden (Mortalité tuberculeuse des religieuses hospitalières prussiennes), par Georg CORNET (*Zeitschrift für Hygiene, VI, et Berlin. klin. Woch., n°* 36, *p.* 803, 9 *septembre* 1889).

I. — Expériences faites à la requête de la Société pour l'avancement de l'agriculture du Massachusetts.

144 jattes de lait furent examinées au point de vue de la recherche du

bacille; elles provenaient de 36 vaches atteintes de tuberculose, autre que celle du pis.

17 jattes contenaient des bacilles; le lait et la crème en contenaient autant. Ces 17 jattes provenaient de dix vaches. Les essais d'inoculation réussirent dans 50 0/0 des cas. L'infection par la voie alimentaire ne réussit que chez un certain nombre de veaux et de jeunes cochons.

Voici les conclusions :

1° Le lait de vaches atteintes de n'importe quelle localisation tuberculeuse peut contenir des bacilles;

2° Le bacille y est retrouvé, que le pis soit malade ou non ;

3° Il n'est rien de fondé dans cette assertion qu'il faut une lésion du pis pour que le lait soit contaminé ;

4° Les bacilles existaient dans un grand nombre de cas où il fut impossible de découvrir la moindre lésion du pis.

P. DUFLOCQ.

II. — Se basant sur des arguments géographiques, Briesh veut établir cette proposition que partout la tuberculose humaine est en rapport avec le nombre du bétail ; qu'elle n'existe pas là où il manque, qu'elle est importée avec lui; et il formule cette proposition paradoxale que la destruction des bœufs et vaches amènerait la disparition de la maladie. Le lait et la viande sont les moyens de propagation. Biggs, Forrest, Crampton, etc., n'ont pas de peine à réfuter cette bizarre conception.

P. DUFLOCQ.

III. — L'enquête de Cornet a porté sur une période de 25 ans, dans 38 congrégations cloîtrées. Durant cette période, l'effectif annuel moyen de ces communautés étant de 4,029 personnes, on a compté 2,099 décès dont 1,320 par tuberculose, soit 62,9 0/0 et 177 par fièvre typhoïde.

Durant les premiers 6 mois de la vocation religieuse, la mortalité tuberculeuse est insignifiante; dès lors, elle s'accroît si rapidement que déjà, dans le premier laps quinquennal, elle dépasse le tiers de la mortalité totale; à partir de cette époque, elle offre une diminution continue.

Quand on compare la mortalité par tuberculose dans les communautés vouées au soin des malades et dans la population prussienne en général, on arrive aux chiffres suivants :

	Population totale.	Ordres religieux.
de 15 à 20 ans	37,9 0/0	60,9 0/0
de 20 à 25 »	43 »	67,5 »
de 25 à 30 »	43,6 »	73,7 »
de 30 à 40 »	39,4 »	73,8 »
de 40 à 50 »	32,8 »	57,9 »
de 50 à 60 »	26,9 »	28,7 »
de 60 à 70 »	17,9 »	19 »
au-dessus de 70 ans	3,3 »	11,3 »

J. B.

Preliminary observations on the bacteria in ice from lake Mendosa , par H.-L. RUSSELL (*Med. News*, 17 *août* 1889).

R. a recherché dans 89 expériences quel était le degré de pureté de la glace consommée dans la ville de Madison. Cette glace est tirée des lacs de Mendosa et de Monona. Le lac Mendosa a six milles de long sur

4 à 5 de large : sa profondeur atteint 100 pieds ; le lac Monona est beaucoup plus petit. Ces deux lacs reçoivent les égouts d'une ville de 30,000 habitants.

Les échantillons de glace, pris au milieu de gros blocs, lavés à l'eau chaude, étaient fondus dans des vases ristélisés, puis le liquide ensemencé d'après le procédé de Koch.

27 échantillons d'eau du lac ont donné de 3 à 3,167 germes ; 35 échantillons de glace de 14 à 1,249. La congélation n'amène donc la destruction que de 60 0/0 de germes.

En comparant la glace neigeuse avec la glace claire prise dans les mêmes blocs, les cultures ont donné :

Échantillons de glace neigeuse	Échantillons de glace claire
18 germes	17 germes
31 —	192 —
497 —	14 —
115 —	80 —
395 —	6,924 —

La glace recueillie au fond contient une moyenne de 266 germes par centimètre cube; celle de la surface, 244.

Russell n'a pas trouvé dans les cultures de traces de germes pathogènes bien définis ; mais il est bon de dire qu'il n'existait dans la ville aucune épidémie et que, par conséquent, la contamination des eaux était au degré le plus faible possible. (Voy. *R. S. M.*, XXX, 86, 87.) A. C.

Contribution à l'étude de la désinfection par les gaz, par J.-E. GAILLARD (*Thèse de Paris*, 1889).

Gaillard a expérimenté l'action germicide des vapeurs nitreuses et des vapeurs sulfureuses sur des cultures pures de différents micro-organismes (staphylocoque pyogène doré, bacille virgule, bactéridie charbonneuse, bacilles de la diarrhée verte, de la fièvre typhoïde, pneumocoque, etc.), et en outre celle de ces dernières sur les organismes inférieurs contenus dans l'atmosphère d'une chambre. Il conclut :

1° Le gaz acide hypoazotique est un puissant désinfectant, mais difficile à employer en pratique à cause de son action corrosive;

2° L'acide sulfureux employé à l'état gazeux a une action microbicide évidente sur les germes de l'atmosphère.

3° Le gaz acide sulfureux doit être conseillé pour opérer la désinfection des locaux contaminés, à la dose de 40 grammes par mètre cube d'air.

4° L'action de l'acide sulfureux s'exerce très énergiquement en présence de l'humidité, d'où le précepte de saturer de vapeur d'eau les chambres à désinfecter. J. B.

I. — Einige Untersuchungen ueber die desificirende Wirkung des Kalkes, par LIBORIUS (*Zeitschrift für Hygiene II et Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege, p.* 406, 1887).

II. — Ueber das Verhalten der Typhus-und Cholerabacillen zu säuren oder alkalihaltigen Nährboden, par KITASATO (*Zeitsch. f. Hyg., III, et Revue d'hyg, et police sanit., XI,* 653, *juillet* 1889).

III. — Ueber die Desinfection der Typhus-und Cholera Ausleerungen mit Kalk. par PFUHL (*Zeitsch. f. Hyg., VI, et Revue d'hyg. et pol. sanit., juillet*).

IV. — Désinfection des matières fécales au moyen du lait de chaux. Rapport au Comité consultatif d'hygiène publique de France, par RICHARD et CHANTEMESSE (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XI*, 641, *juillet* 1889).

I. — D'après Liborius, pour détruire en quelques heures les bacilles typhoïdiques, il suffit d'une solution aqueuse de chaux de 0,0074 0/0; pour les bacilles cholériques, la même solution doit être de 0,0246 0/0. Des cultures de bacilles cholériques dans un bouillon contenant de nombreuses coagulations albumineuses (de manière à le faire ressembler à des déjections) étaient complètement désinfectées par l'addition) par demi-litre de bouillon infecté, de 10 centimètres cubes de lait de chaux à 20 0/0 au bout de un jour; ou de 2 grammes de chaux vive pulvérulente, au bout de 2 1/2 heures, ou enfin de 10 grammes de chaux éteinte, en morceaux, au bout de 5 heures.

Donc, c'est sous forme de chaux vive pulvérisée ou d'un lait de chaux préparé avec elle que l'action désinfectante est le plus énergique.

Liborius calcule qu'un kilog. de chaux suffit pour désinfecter 250 kilog. de matières fécales de cholériques. Il conseille de faire le mélange dans des vases en métal ou en terre et de laisser les matières 24 heures, en les remuant fréquemment, au contact du désinfectant.

II. — D'après Kitasato, la proportion de chaux nécessaire pour tuer les bacilles typhoïdiques serait de 0,0966, c'est-à-dire 13 fois plus forte, et pour les bacilles cholériques de 0,1 0/0.

III. — Pfuhl a reconnu que la chaux vive en morceaux agit moins vite et à plus forte dose que la chaux éteinte, et que la chaux éteinte pulvérulente agit moins bien que le lait de chaux, parce que, mêlée aux matières fécales, elle forme des pelotons difficiles à désagréger. La forme la mieux appropriée est le lait de chaux obtenu en mélangeant une partie de chaux vive avec 4 d'eau. Mais comme la chaux éteinte se conserve beaucoup mieux que la chaux vive et que le lait de chaux, pour être actif, doit être fraîchement préparé, on se contentera d'éteindre la chaux avec la moitié de son poids d'eau ; puis, au moment de s'en servir, on la délayera dans deux fois son poids d'eau.

La désinfection des matières est obtenue lorsque le mélange bleuit fortement le papier de tournesol ; pour les déjections cholériques et typhoïdiques, la proportion de lait de chaux nécessaire est de 2 0/0 en volume.

Incorporée aux matières fécales et aux urines fermentées, la chaux détermine le dégagement de torrents d'ammoniaque.

IV. — Richard et Chantemesse ont répété les expériences de Liborius, de Kitasato et de Pfuhl sur des cultures pures de bacilles typhoïdiques et dysentériques dans des matières fécales qu'ils ont additionnées de 2 0/0 en volume, soit de lait de chaux à 20 0/0, soit de chlorure de chaux à 5 0/0, soit de sublimé à 1 0/0, pur ou additionné de 5 0/0 d'acide chlorhydrique.

Le lait de chaux seul a stérilisé les selles infectées dans la proportion de 4 0/0 de chaux ; la désinfection était déjà réalisée au bout d'une demi-heure. J. B.

Désinfection des matières fécales, par Ch. FOOTE (*The Amer. j. of the med. sc., p.* 329, 1889).

D'après les expériences de l'auteur, les produits antiseptiques par excellence pour cet emploi sont le bichlorure additionné d'acide chlorhydrique, le bichlorure additionné de permanganate de potasse et le chlorure de chaux.

Les solutions à 5 0/0 d'acide phénique et à 2/10 0/0 de bichlorure sont souvent suffisantes, en ayant soin d'employer une pinte de solution par chaque 100 centimètres cubes de déjection.

Il peut être nécessaire dans certains cas, si l'on veut obtenir l'entière désinfection, de mélanger par l'agitation de la matière l'agent désinfectant et la matière fécale, puis de laisser au moins 4 heures les choses en état avant de faire l'évacuation.

Le bichlorure laissé en contact avec les tuyaux de plomb pendant quelques jours seulement n'aurait pas d'inconvénients, mais, au bout d'un contact prolongé, pourrait les détériorer ; aussi pour un usage journalier, constant, l'auteur conseille t-il comme préférable le chlorure de chaux.

Les solutions de chlorure de chaux doivent être tenues très fortement bouchées et ne doivent plus être employées après huit jours de préparation. F. VERCHÈRE.

Die Desinfection infectiöser Darmentleerungen (Stérilisation des selles infectieuses), par UFFELMANN (*Berlin. klin. Woch., n°* 25, *p.* 564, 24 *juin* 1889).

Uffelmann a fait ses expériences sur 2 selles fluides de typhoïdiques, sur une évacuation de malades atteints de dysenterie catarrhale et sur des mélanges, à consistance de bouillie liquide, de matières fécales et d'urines qu'il avait additionnés de bacilles d'Eberth ou de bacilles cholériques. Pour s'assurer du degré de désinfection obtenu, il a fait des cultures sur l'agar-agar liquéfié. Voici ses conclusions :

1° L'addition, poids pour poids, d'*acide sulfurique* étendu de parties égales d'eau, effectue une destruction certaine de tous les germes après 2 heures de contact.

2° L'addition, poids pour poids, de partie d'acide sulfurique étendu de 2 parties d'eau, effectue sûrement la destruction de tous les germes après 6 heures de contact.

3° L'addition, poids pour poids, d'*acide chlorhydrique* étendu de 2 parties égales d'eau, effectue une destruction de tous les germes au bout de 12 heures.

4° L'addition, poids pour poids, d'acide chlorhydrique étendu de parties d'eau, effectue une destruction de tous les germes, presque sûrement au bout de 12 heures, absolument sûrement au bout de 24 heures.

5° Quand on additionne les matières en expérience, poids pour poids, d'*acide phénique* à 5 0/0 après une heure de contact, il se développe encore de nombreuses colonies, dont quelques-unes du bacille typhoïdique ; après 24 heures de contact, les colonies sont très clairsemées et ne renferment pas le bacille d'Eberth.

6° Quand on additionne les matières en expérience, poids pour poids, de *créoline* (émulsion à 12,5 0/0) après 24 heures de contact, il se pro-

duit encore quelques colonies, mais elles ne contiennent ni bacilles typhoïdiques, ni bacilles cholériques.

7° Quand on les additionne, poids pour poids, de *potasse caustique* étendue de parties égales d'eau, au bout d'une heure de contact, il se développe encore quelques colonies, et plus aucune au bout de 6 heures.

8° Lorsqu'on ajoute 10 centigrammes de *chaux vive* à 10 centimètres cubes de matières fécales, au bout d'une heure, et même au bout de 24 heures, il croît d'assez nombreuses colonies, parmi lesquelles on rencontre les bacilles typhoïdique et cholérique.

La chaux vive, ajoutée à raison de 2 centigrammes pour 10 centimètres cubes de matières fécales, permet encore au bout de 24 heures le développement de quelques colonies ne renfermant ni bacille typhoïdique ni bacille cholérique.

Le *lait de chaux* à 20 0/0, ajouté à raison de 2 parties 1/2 pour une partie de matières fécales, détruit déjà au bout de 2 heures les bacilles d'Eberth qui y sont contenus.

9° Quand on additionne les matières en expérience, poids pour poids, d'une solution non acide de *sublimé* à 2 0/00, après un quart d'heure de contact, il se produit encore un certain nombre de colonies dont quelques-unes de bacilles d'Eberth, mais aucune de bacilles cholériques ; après 24 heures, ces colonies sont clairsemées ou manquent ; en tout cas, elles ne contiennent ni bacilles typhoïdiques ni bacilles du choléra.

10° Quand on les additionne, poids pour poids, d'une solution chlorhydrique de sublimé, à 2 0/00, après un quart d'heure, il se produit des colonies beaucoup moins nombreuses qu'avec le sublimé non acide et dont aucune ne contient ni bacille d'Eberth, ni bacille cholérique ; après 24 heures, il n'y a généralement plus de végétation du tout.

11° L'*eau bouillante*, même dans les proportions de 8 parties pour une de matières fécales, ne désinfecte pas sûrement quand on ne fait que la répandre sur les matières.

En résumé, ce sont les acides minéraux qui sont les désinfectants les plus énergiques des matières fécales ; viennent ensuite la solution acide de sublimé et la potasse caustique. Mais, même avec les germicides les plus puissants, la stérilisation n'est pas une affaire instantanée, ni même de quelques minutes ; à plus forte raison en est-il ainsi pour les désinfectants usuels, acide phénique et sublimé non acidifié. Il résulte également des expériences ci-dessus que, dans les matières fécales, ce sont les bacilles du choléra qu'on détruit le plus aisément. Uffelmann propose pour la désinfection des selles liquides ou semi-fluides de les additionner soit d'un même volume d'acide sulfurique ou chlorhydrique dilués dans le double d'eau et de laisser ce mélange 2 heures pour le prémier acide et 12 pour le second ; soit d'un même volume d'acide phénique à 5 0/0 qu'on laissera agir 24 heures ; soit encore d'un même volume de solution acide de sublimé (2 grammes de sublimé et 0,5 H Cl pour 1,000 centimètres cubes d'eau) qu'on fera agir au moins une demi-heure et le mieux 24 heures, temps également nécessaire si on a recours soit à la chaux vive, soit au lait de chaux. Ce n'est pas seulement la présence de matières albuminoïdes dans les matières fécales qui entrave leur désinfection par le sublimé, car, lorsqu'on les filtre, le résultat est le même. L'odeur caractéristique des matières fécales est le

plus vite enlevée par les acides, au bout de 1 ou 2 heures ; avec le sublimé, elle persiste encore un peu au bout de 24 heures. J. B.

Nouvelles recherches sur la désinfection des locaux par le gaz acide sulfureux, par DUBIEF, BRUHL et E. GAILLARD (*Bullet. gén. de therap.*, 30 *août* 1889).

Voici les conclusions de ce travail :

Le gaz sulfureux a une action microbicide des plus évidentes sur les germes contenus dans l'atmosphère.

Cette action s'exerce le plus activement en présence de la vapeur d'eau.

L'action du gaz sulfureux s'exerce encore d'une façon manifeste sur les germes parfaitement desséchés.

L'action du gaz sulfureux dans l'air se fait surtout sentir sur les germes des bactéries ; il semble respecter dans une certaine mesure les spores cryptogamiques moins sensibles aux acides dilués. P. TISSIER.

De la désinfection préalable des objets mobiliers admis dans les salles de vente publique, comme mesure prophylactique des maladies contagieuses, par MOSSÉ (*Gaz. hebd. Montpellier*, *n°* 34, 1889).

Dans cette communication, l'auteur montre que, dans toutes les villes possédant une étuve à désinfection, il est facile de se mettre à l'abri d'une cause de contagion possible par les objets ayant appartenu à des individus morts de maladies infectieuses et apportés sans précautions dans les salles de vente publique. Il propose donc que, dans toutes les villes possédant une étuve à désinfection, les objets de literie, tentures, tapis ayant déjà servi ne soient admis à la salle de ventes publiques que munis d'un certificat établissant que ces objets ont été soumis récemment à la désinfection par l'étuve. M.

Sur la conservation des viandes par le froid, par Georges POUCHET (*C. R. Soc. de biologie*, 15 *juin* 1889).

Des quartiers de viande de boucherie ont été enfermés pendant 60 jours dans des chambres à température de — 5° à — 15°. Après 60 jours, la viande a conservé sa couleur : dégelée, elle a laissé couler un liquide aqueux, rosé; la viande et le liquide ont été absolument inodores. La viande cuite a été trouvée de tous points tendre, excellente et savoureuse. Ce qu'on a dit de la tendance à la putréfaction des viandes congelées ne doit s'appliquer sans doute qu'à celles conservées au voisinage de 0°, beaucoup d'humeurs restant encore liquides à cette température. Les viandes congelées ont conservé leur structure anatomique normale. PAUL LOYE.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

Du sang et de ses altérations anatomiques, par G. HAYEM (*Grand in-8° de 1035 pages, avec 126 figures noires et en couleur; Paris*, 1889).

Voici un livre de l'espèce la plus rare, puisque tout y est personnel, et qu'il est le fruit de « près de quatorze années d'études entreprises à la fois à l'hopital et au laboratoire, et poursuivies presque sans interruption ». Dans ce véritable monument élevé à l'hématologie scientifique, G. Hayem a su coordonner et synthétiser ses très nombreux travaux antérieurs, déjà pour la plupart devenus classiques, mais que leur publication successive et fragmentaire rendait parfois difficiles à consulter. D'importantes recherches encore inédites sont en outre venues compléter un ensemble qui, par sa richesse même, par la multiplicité des documents originaux qu'il renferme, rend toute analyse fort embarrassante.

Les deux premières parties de l'ouvrage sont consacrées à la technique histologique, spectroscopique, chimique, de l'examen du sang : puis à l'étude descriptive et détaillée des éléments figurés. On y retrouvera toute l'histoire des hématoblastes, et c'est là, malgré les prétentions singulières de certains auteurs étrangers, un chapitre où tout appartient en légitime priorité à Hayem. Il a montré le premier que non seulement « les hématoblastes représentent un véritable élément anatomique, faisant partie de la constitution normale du sang, mais que cet élément existe dans toute la série des vertébrés, et que les corpuscules petits et sans noyau visible du sang des animaux supérieurs correspondent, dans celui des ovipares à hématies nucléées, à un élément relativement volumineux et pourvu d'un noyau, c'est-à-dire à une cellule indubitable ».

La troisième partie est consacrée à la physiologie du sang, à ses modifications de constitution anatomique dans les divers points de son parcours, et surtout à l'étude si controversée du processus de coagulation ; on y remarquera surtout l'exposé, appuyé sur de nombreuses expériences, des résultats produits par l'injection dans le sang de divers liquides, sérums naturels ou artificiels solutions aqueuses de ferments, liquides albumineux, sang étranger, etc. Hayem a montré que, dans certains cas (sérum de bœuf, sang étranger), on détermine ainsi de véritables processus hémorrhagipares, dus à la dissémination d'innombrables embolies capillaires : c'est la *coagulation par précipitation grumeleuse*.

En revanche, nous ne connaissons pas encore assez intimement la constitution du plasma et du sérum pour qu'on puisse actuellement fournir une théorie chimique inattaquable de la coagulation fibrineuse.

L'anatomie et la physiologie pathologiques nous amènent, dans la quatrième partie, au seuil de l'étude médicale proprement dite du sang.

Après la description générale des altérations des éléments figurés et du plasma, l'auteur étudie successivement les processus caractérisés

essentiellement par une altération du sang. Pour donner une idée de l'importance de ce chapitre, nous ne pouvons qu'y indiquer la description de l'anémie aiguë et chronique, avec ses différents degrés ; des concrétions sanguines, que Hayem divise en trois variétés, suivant quelles sont produites *par battage* (caillots hématoblastiques), *par stase* ou par *précipitations massives ou grumeleuses* ; du processus phlegmasique avec les modifications caractéristiques qu'il apporte dans le mode d'apparition et de structure du réticulum fibrineux. Des faits cliniques nombreux montrent, dans une autre partie de l'ouvrage, quelles ressources précieuses le diagnostic peut souvent trouver dans ce nouveau mode d'investigation.

Nous devons nous borner à signaler toute l'étude si originale des ictères et de l'urobilinurie, des albuminuries ; citons seulement la conclusion donnée sur ce dernier point, que « l'influence des modifications des matières albuminoïdes du sang sur la production de l'albuminurie et des néphrites chroniques est loin encore d'être démontrée ».

Dans la cinquième partie, consacrée au développement et à la rénovation du sang, de nombreux tracés y mettent en pleine lumière le fait capital de la *crise hématoblastique*, au moment de la défervescence dans les maladies aiguës, et l'observation clinique fournit ainsi la preuve la plus nette en faveur de la transformation des hématoblastes en globules rouges.

On comprend quels enseignements précieux doit retirer la clinique des recherches si minutieuses dont nous venons de suivre le développement. Aussi toute la seconde moitié du volume est consacrée aux applications pathologiques directes de l'hématologie.

L'histoire de la chlorose y tient naturellement une large place ; la maladie y est étudiée complètement dans son étiologie, ses formes cliniques, son anatomie pathologique et ses rapports avec l'hypoplasie vasculaire. Bornons-nous à souligner deux points de première importance : la chlorose confirmée ne prédispose point à la phtisie pulmonaire, et constitue même un terrain peu favorable à son développement ; d'autre part, la cure de la chlorose doit avoir pour base les protosels de fer, et en particulier le protoxalate, aux doses de 20 à 40 centigrammes par jour ; on y joindra l'usage de la médication chlorhydrique, indispensable dans la chlorose dyspeptique, utile dans tous les cas pour assurer la tolérance médicamenteuse.

Le processus de rénovation du sang ne doit être considéré comme terminé que quand les hématies non seulement ont repris leur nombre normal, mais se sont perfectionnées assez pour récupérer leur charge physiologique en hémoglobine. Ce n'est que lorsque le remplacement des hématies pathologiques par des globules sains est complet que la guérison est assurée.

Nous voudrions pouvoir suivre l'auteur dans l'étude de l'anémie pernicieuse progressive ; des anémies post-hémorragiques ; des toxémies, avec l'étude expérimentale des agents producteurs de méthémoglobine ; des maladies hémorragiques, et de l'hémoglobinurie.

Au moins devons-nous signaler tout spécialement le dernier chapitre, qui constitue la synthèse finale et comme le couronnement de l'ouvrage. Comment, en clinique, faut-il examiner le sang pour en tirer des applica-

tions diagnostiques et pronostiques ? Dans quelles maladies cet examen est-il particulièrement fructueux ? Autant de questions qui s'y trouvent résolues, et dont l'importance majeure n'échappera à aucun médecin.

« L'avenir appartient à l'hématologie », dit au début de son ouvrage G. Hayem. On vient de voir combien déjà le présent est son tributaire. On peut ajouter avec une légitime fierté que si c'est à la science française que l'hématologie doit ses premiers progrès, c'est à elle encore qu'elle est redevable de ses plus récentes et fécondes découvertes.

Il n'est que juste d'ajouter que de nombreuses et très belles figures, en noir et en couleur, rendent les descriptions histologiques plus faciles à suivre, et seront en outre d'un grand secours à qui voudra répéter les préparations indiquées dans le texte.

A. CHAUFFARD.

Maladies du cœur et des vaisseaux, par H. HUCHARD (1 *vol. in*-8° *de* 916 *pages*, *Paris*, 1889).

Ce livre est moins un traité qu'un ensemble de travaux originaux sur les maladies du cœur dans leurs rapports avec l'artério-sclérose : sous forme de leçons, H. Huchard y expose sur les aortites, les cardiopathies artérielles, les angines de poitrine, ses idées souvent très nouvelles, et pleines d'aperçus originaux féconds en déductions pathogéniques et thérapeutiques du plus haut intérêt. Contrairement aux usages habituels des traités didactiques, de nombreuses observations suivent ses leçons, leur servent de pièces justificatives et témoignent du nombre et de la valeur des faits sur lesquels reposent les opinions de l'auteur.

H. Huchard montre la fréquence de l'aortite aiguë beaucoup plus grande qu'on ne le pense généralement : il insiste sur la valeur que présente, au point de vue de son diagnostic, l'existence d'une péricardite sèche de la base, coexistant avec une insuffisance aortique, des accès angineux et des signes d'hypertrophie cardiaque ; il montre que la dyspnée y relève de causes diverses : lésion de l'aorte, intoxication produite par l'insuffisance de la dépuration rénale, souvent lésions pleuro-pulmonaires.

Les leçons qu'il consacre à l'artério-sclérose du cœur sont pour la plus grande part le développement de ses travaux antérieurs et de ceux de son élève Weber sur ce sujet. (*R. S. M.*, XXXII, 98.)

La plus forte partie du volume est occupée par l'étude des angines de poitrine. Huchard montre que l'étiologie de l'angine de poitrine vraie se confond avec celle de l'artérite ou pour mieux dire de l'artérite des coronaires : en effet si la goutte et le tabagisme produisent souvent l'angine de poitrine, c'est que leurs lésions artérielles ont pour siège fréquent les coronaires : au contraire la syphilis, l'alcoolisme, le saturnisme qui atteignent les artères d'organes autres que le cœur donnent rarement lieu à l'angine de poitrine ; l'ataxie locomotrice, la périencéphalite diffuse, la maladie de Parkinson, les affections mentales qui ont été données comme des causes d'angine de poitrine ne la produisent pas directement, et elle dépend uniquement par des lésions artérielles qui les accompagnent si souvent. Ces lésions artérielles, dont Huchard défend avec plus d'énergie encore que dans ses précédentes publications

l'influence pathogénique dans l'angine de poitrine, peuvent consister en une aortite en plaques occupant l'embouchure des coronaires, en une thrombose ou une embolie des artères cardiaques, en une aortite et une coronarite concomitantes, ou en une coronarite intracardiaque : dans tous ces cas, le myocarde est en état d'ischémie, et là est la seule cause efficiente de l'angine de poitrine; les altérations des nerfs cardiaques ne produisent pas l'angine de poitrine vraie, mais de fausses angines de poitrine.

Huchard expose ensuite la symptomatologie des angines de poitrine tabagiques, qui affectent souvent la forme vaso-motrice, s'accompagnent de troubles cardiaques persistants dans l'intervalle des accès angineux, revêtent souvent la forme fruste et dont les accès sont le plus souvent spontanés. Ces accès d'angine de poitrine peuvent reconnaître différents mécanismes : les uns, dus au rétrécissement spasmodique des coronaires, disparaissent rapidement après la suppression du tabac; d'autres sont d'origine dyspeptique; d'autres encore sont dus au rétrécissement des coronaires par artério-sclérose nicotinique et ne disparaissent que lentement; ils peuvent même tuer.

A côté de l'angine de poitrine vraie se placent les fausses angines de poitrine, les unes névrosiques (celles de l'hystérie, dont les accès surviennent spontanément, sont précédés, accompagnés ou suivis de symptômes névropathiques, revêtent souvent la forme vasomotrice, ne tuent jamais, quelque intenses que soient les douleurs; celles du goitre exophthalmique, de l'irritation spinale, de la neurasthénie, de l'épilepsie), d'autres réflexes, d'origine périphérique (névralgie intercostale, névralgie ou névrite du membre supérieur gauche) ou d'origine viscérale (affections gastro-intestinales), d'autres encore toxiques (tabagisme, alcoolisme, théisme, ergotisme ? empoisonnement oxycarbonique?). Huchard donne la caractéristique clinique et pathogénique de chacune de ces variétés.

Dans les dernières leçons, il expose les indications et les contre-indications de l'emploi de la digitale et les méthodes de la médication cardiosthénique. GEORGES THIBIERGE.

I. — **Ueber einen Fall von Endocarditis ulcerosa.., par SÆNGER** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 8, *p.* 148, 1889).

II. — **Mitralstenose in Folge Fractura Sterni, par RITTER** (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 699, *août* 1889).

III. — **A case of tricuspid stenosis... (Rétrécissement tricuspidien associé à des lésions aortiques et mitrales, par HAY** (*New York med. Record, p.* 256, 7 *septembre* 1889).

V. — **Oblitération congénitale de l'orifice aortique, par BARABAN** (*Revue méd. de l'Est*, *p.* 417, 1889).

V. — **Patent ductus arteriosus, par BIGGS** (*New York med. Record*, *p.* 248, 3 *août* 1889).

VI. — **Case of anomalous cardiac murmur... (Souffle cardiaque chez un malade atteint de lésion cérébrale), par W. GAIRDNER** (*The Americ. journ. of med. sc.*, *p.* 137, *août* 1889).

VII. — Verdauungsstörung... (Troubles digestifs et arythmie cardiaque, par KIRSCH (*Wien. med. Presse*, n° 28, 1889).

I. — Une fille de 24 ans, petite, atteinte de cyphoscoliose, souffrant depuis quatre jours de palpitations, de dyspnée et de fièvre, entre le 22 mai à l'hôpital de Hambourg. On constate sur toute l'étendue de la région cardiaque un souffle systolique. Après trois jours d'état typhoïde, l'aspect de la malade change brusquement ; la température tombe au-dessous de la normale, frissons, dyspnée, cyanose très prononcée, rappelant celle du rétrécissement de l'artère pulmonaire.

On diagnostique une endocardite ulcéreuse et une lésion congénitale du cœur. En faisant des cultures avec le sang de la malade, on obtient au bout de quelques jours des colonies blanches et jaunes de micrococci.

Fièvre rémittente, symptômes cérébraux, mort le vingt-deuxième jour.

Cœur hypertrophié, pointe arrondie. Il n'y a qu'un ventricule et qu'une oreillette ; absence complète de cloison interventriculaire; la cloison interauriculaire n'existe qu'à l'état de rudiment. L'orifice mitral est bien conformé. L'aorte est rétrécie. L'artère pulmonaire offre des foyers de cicatrices. Les bords des valvules sont épaissis, les cordages sont soudés les uns aux autres et recouverts de dépôts grisâtres. En face de l'aorte, à la place qui devrait correspondre à l'insertion du septum interventriculaire, existe une cavité à parois calcifiées et contenant des caillots anciens et récents Au voisinage de l'artère pulmonaire, on voit une ulcération cratériforme avec des thrombus adhérents.

Il y a donc là des traces de l'endocardite fœtale. C'est à l'endocardite fœtale qu'il faut attribuer la malformation du cœur qui, dans ce cas, peut être comparé à un cœur d'amphibie. De plus, l'endocardite récente est certaine. Il s'agit d'une infection combinée; on obtient des colonies blanches et des colonies jaunes de cocci avec les produits de l'endocarde et avec ceux d'un infarctus splénique. L. GALLIARD.

II. — Homme de 34 ans, ayant reçu sur la poitrine, le 21 février, un gros bloc de bois projeté par une scie circulaire ; il tomba sans connaissance. Lorsqu'il eut repris ses sens, vives douleurs thoraciques causées par les mouvements respiratoires. Fracture du sternum avec épanchement sanguin énorme. Les crachements de sang cessent au bout de cinq jours, tandis que la gêne de la respiration persiste quatre semaines.

A la sortie du malade, on ne constate rien d'anormal au cœur. Les deux fragments du sternum présentent un grand déplacement.

État le 1er juillet suivant : au niveau de l'insertion de la quatrième côte, déformation sternale considérable; l'extrémité supérieure du corps de l'os est déprimée d'environ 1 centimètre et demi, et forme avec l'extrémité inférieure un angle aigu, une gouttière dans laquelle on peut facilement mettre un doigt.

Au niveau du scrobicule, mouvement ondulatoire du cœur, bien manifeste, permettant d'observer la contraction successive d'abord de la partie inférieure, puis de la supérieure. Frémissement perceptible à la main.

Le cœur atteint en haut le bord supérieur de la cinquième côte; à gauche, seulement la ligne parasternale ; à droite, il dépasse d'un travers de doigt le bord du sternum; en bas, celui de la septième côte.

Souffle présystolique ayant son maximum au niveau du scrobicule.

Renforcement du deuxième claquement de l'artère pulmonaire. Pouls radial petit, peu tendu et parfois irrégulier.

Depuis son accident, le malade est devenu impressionnable et excitable ; il a par instants une violente angoisse précordiale, des douleurs constrictives au niveau du cœur et de fortes palpitations.

Ritter ne connaît qu'un fait analogue, c'est celui de Rose. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, XX, p. 329). Un bouvier ayant reçu un coup de pied d'un bœuf sur la région précordiale, on ne constata qu'une fracture simple de côte qui guérit dans l'espace d'une quinzaine. Mais, un an plus tard, cet homme revint avec une lésion valvulaire et une anasarque considérable, et il ne tarda pas à succomber. J. B.

III. — Femme de 35 ans, atteinte de manie aiguë depuis trois mois. Cyanose généralisée, plus marquée à la face et aux extrémités; augmentation du volume du foie et de la rate, arythmie cardiaque, double souffle à la pointe et à la base; pouls petit, irrégulier.

Augmentation graduelle de la cyanose dans les deux semaines qui suivent; épanchement péricardique, finalement ictère et gangrène du nez ultime.

Autopsie : œdème cérébral et pulmonaire. Congestion du foie et de la rate, rétrécissement aortique; les valves sont fibreuses, de même pour la mitrale.

La tricuspide est rétrécie et admet à peine deux doigts; une valve manque probablement congénitalement. Hypertrophie et dilatation de l'oreillette droite.

Le rétrécissement tricuspidien est fort rare.

La cyanose, la gangrène du nez et peut-être la manie aiguë semblent avoir été sous sa dépendance. P. DUFLOCQ.

IV. — Il s'agit d'un enfant qui mourut seize heures après sa naissance, complètement cyanosé. Le cœur gauche était réduit presque à rien, et le droit hypertrophié; l'orifice aortique était complètement oblitéré par un feutrage très serré de fibres conjonctives résultant d'un processus inflammatoire ancien, et le sang pénétrait dans l'arbre aortique par le canal aortique. La valvule du trou de Botal étant suffisante et empêchant le retour au cœur droit du sang des veines pulmonaires avait causé la mort. Si la vie a pu durer quelques heures, c'est grâce aux anastomoses entre les veines pulmonaires et bronchiques qui ont pu jouer un certain rôle de dérivation.

Six cas analogues sont indiqués par Rauchfüss et un autre par Rokitansky. LEFLAIVE.

V. — A l'autopsie d'un tuberculeux de 20 ans, qui avait présenté pendant la vie un souffle du niveau du deuxième espace intercostal gauche, on trouve, au lieu du rétrécissement pulmonaire diagnostiqué, une persistance du canal artériel. Il y avait un peu de dyspnée et pas de cyanose. P. DUFLOCQ.

VI. — Homme de 24 ans atteint de symptômes cérébraux dus à une suppuration prolongée de l'oreille moyenne. (L'observation a été publiée dans le *Glasgow med. Journ.*, octobre 1887, pour ce qui a trait aux lésions cérébrales.)

Quelques jours avant son admission, il avait été pris de phénomènes pouvant être rapportés au delirium tremens. On constata une congestion intense du lobe inférieur pulmonaire gauche s'accompagnant de symptômes aigus et de bruit de frottement. On soupçonna une pleuro-péricardite du côté gauche. Tout semblait devoir se bien terminer, et le malade entrait en convalescence lorsqu'il fut pris de symptômes cérébraux qui ne cessèrent qu'avec la mort.

Aucun examen du cœur n'avait été fait lorsque, cinq jours avant la mort, Gairdner nota que le souffle entendu coïncidait à peu près avec le bruit auriculo-ventriculaire systolique, mais court et beaucoup plus faible qu'à l'état normal, d'où la conclusion qu'il tira qu'il était en présence d'un signe révélant un rétrécissement mitral, si toutefois c'était bien un souffle endocardique.

Dunlop, examinant le malade, fut loin de donner la même interprétation, et l'indécision persista.

A l'autopsie, le cœur était très hypertrophié. La valve droite de la valvule aortique présentait une ouverture assez grande; elle est fermée par des végétations lobulées, allant s'insérer sur la surface ventriculaire.

Le poumon gauche est adhérent en arrière. A sa base, on trouve une épaisse couche de fausses membranes. F. V.

VII. — L'auteur souffre depuis 20 ans de troubles nerveux du cœur; les premiers accès l'ont vivement inquiété, puis il a remarqué qu'ils étaient consécutifs à des écarts de régime.

Il rapproche sa propre observation des cas publiés par les auteurs, et spécialement par Nothnagel, Rosenbach, Prœbsting.

Les accès se manifestent au début de la nuit ou le matin, au réveil, à la suite de mouvements brusques du corps : anxiété, angoisse, palpitations, accélération du pouls; le sujet reste immobile, demi-assis. L'accès dure de trois à seize heures. Si l'on en recherche la cause, on la trouve dans l'ingestion de liquides ou d'aliments solides, difficiles à digérer, ou bien dans les excès de tabac; on découvre qu'il y avait antérieurement dyspepsie, atonie gastrique.

Il faut invoquer dans la pathogénie de l'accès la compression et la tension des rameaux du nerf vague par l'estomac ballonné, tympanisé.

L. GALLIARD.

Rupture spontanée de l'aorte, par A. PILLIET (*Soc. anat.*, *p.* 493, 26 *juillet* 1889).

Homme de 67 ans qui présenta des phénomènes dyspnéiques, puis mourut brusquement le deuxième jour. A l'autopsie rupture de l'aorte dans le péricarde. Pilliet ajoute une observation inédite analogue de Parmentier. A ce sujet, il réunit une douzaine de faits et montre : 1° que les ruptures de la portion intrapéricardique sont les plus fréquents; 2° qu'elles ne causent ordinairement pas la mort subite, mais qu'il y a des phénomènes prémonitoires; puis vient la syncope finale. Anatomiquement il y a d'abord décollement de la gaine externe (processus analogue à celui de l'anévrisme disséquant); puis rupture et épanchement de sang dans le péricarde. A. BROCA.

I. — Ueber Prüfung and Deutung der Pupillensymptome (Valeur séméiologique des symptômes pupillaires), par HEDDÆUS (*Centralbl. f. Nervenkrankh.*, 1er *août* 1889).

II. — Untersuchungen über die Optischen centren (Recherches sur les centres et les conducteurs optiques), par C. MONAKOW (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, *XX*, *Heft* 3, *p.* 714, 1889).

III. — Heerderkrankung des unteren Scheitelläpchens (Lésion en foyer du lobe pariétal inférieur, par WERNICKE (*Ibidem*, *XX*, *Heft* 1, *p.* 243).

IV. — Pathologisch-anatomisches... (Recherches anatomo-pathologiques sur les conducteurs optiques du cerveau), par A. RICHTER (*Ibidem*, *XX*, *Heft* 2, *p.* 504).

V. — A case of permanent conjugate deviation of the eyes and head (Déviation conjuguée permanente de la tête et des yeux, due à une lésion du noyau de la 6e paire), par Hughes BENNETT et Th. SAVILL (*Brain*, *p.* 102, *juillet* 1889).

VI. — Amnésie traumatique et paralysie traumatique de l'oculo-moteur commun, par SCHNELL (*Marseille médical*, *n°* 6, *p.* 342, 1889).

I. — Heddæus envisage les différents résultats que peut fournir l'examen de la motilité et de la sensibilité réflexe des pupilles, et arrive à cette conclusion que les troubles dans la motilité des pupilles sont

toujours dûs à des anomalies dans le domaine des fibres pupillaires centrifuges (moteur oculaire commun, sympathique), tandis que les troubles de la sensibilité pupillaire réflexe proviennent d'anomalies dans le domaine des fibres pupillaires centripètes. P. MARIE.

II. — Dans ce long mémoire, Monakow expose d'une façon détaillée les résultats de ses nouvelles recherches expérimentales et de ses observations anatomo-pathologiques concernant les rapports anatomiques entre les centres optiques primitifs et le nerf optique d'une part; entre le nerf optique et la sphère visuelle de l'autre. Voici textuellement les déductions que l'auteur a tirées de ces résultats :

Chaque centre optique est le point de départ d'un système de fibres et l'aboutissant d'un autre système ; les différents systèmes de fibres de projection sont reliés entre eux par le système des cellules intercalaires. Dans chaque conducteur optique primitif ou secondaire, on trouve deux systèmes parallèles de fibres qui cheminent en sens inverse, et constamment on voit alterner des cellules capitales avec des cellules.

On peut se représenter de la façon suivante la succession des éléments anatomiques dans l'appareil optique du lapin, par exemple :

a) *Dans le sens centripète*, on trouve d'abord les grosses cellules ganglionnaires de la rétine, qui envoient dans les nerfs optiques des prolongements sous forme de cylindraxes, lesquels se résolvent en un réseau dans la zone latérale du corps genouillé externe; ce réseau se rattache indirectement aux cellules intercalaires du corps genouillé externe, et directement aux groupes de cellules capitales de ce même organe et du pulvinar. Des prolongements partant des derniers cylindraxes (fibres de la sphère visuelle) vont se résoudre en des réseaux compris dans la 5me (et aussi dans la 3me) couche de l'écorce cérébrale, où un système de cellules intercalaires établit la communication de ces réseaux avec les autres éléments cellulaires de l'écorce (avec les cellules solitaires, par exemple).

b) Dans le sens centrifuge, on rencontre successivement les grosses cellules pyramidales de la 3me couche de l'écorce, leurs prolongements sous formes de cylinderaxis (fibres de la sphère visuelle) qui vont se perdre dans le tubercule quadrijumeau antérieur dans le corps genouillé externe, un système de cellules intercalaires, dans le tubercule quadrijumeau antérieur, en communication avec les cellules capitales situéees dans la substance grise superficielle; de ces cellules partent des cylindres-axes (fibres fines du nerf optique) qui vont se perdre dans les réseaux de la rétine, lesquels se relient aux granulations de cette membrane.

Une figure schématique, annexée au travail de l'auteur, donne une représentation objective de ces rapports présumés des éléments histologiques de l'appareil optique. E. RICKLIN.

III. — Subitement, sans ictus apoplectique, un vieillard de 70 ans, qui depuis quelque temps déjà présentait des troubles circulatoires du cerveau, fut frappé d'une déviation conjuguée des yeux, avec impossibilité de porter le regard à droite. En même temps, on constatait l'existence d'une hémianesthésie à gauche; le sens musculaire était particulièrement intéressé à ce trouble de la sensibilité. De ce même côté, hémianopsie et diminution de l'acuité auditive, légère parésie motrice avec incoordination.

Le surlendemain, la déviation conjuguée des yeux avait, à peu de chose

près, disparu. Le troisième jour, nouvelle attaque, à la suite de laquelle la paralysie motrice était nettement prononcée à gauche. Le malade n'avait pas conscience de cette paralysie; il croyait fermement qu'il exécutait avec les membres du côté gauche les mouvements à lui commandés.

Dix jours après la première attaque, le malade succombait aux suites d'une congestion pulmonaire, après avoir présenté le phénomène de Cheyne-Stokes. L'autopsie a donné les résultats suivants :

Quelques petits foyers de ramollissement étaient disséminés dans l'hémisphère gauche. Un foyer de ramollissement, de fraîche date, occupait le lobule pariétal et principalement la circonvolution angulaire. Un autre foyer, de date encore plus récente, intéressait la troisième portion du noyau lenticulaire.

La moitié droite du pont de Varole logeait un foyer ancien, déjà calcifié; il était situé à l'union du tiers supérieur et moyen de la protubérance, et n'intéressait guère que la couche profonde de fibres transversales. En d'autres termes, il occupait un district où on ne trouve pas de noyaux gris, qui ne comprend pas de fibres pyramidales, et qui est assez éloigné du centre protubérantiel chargé de présider aux mouvements associés de latéralité des yeux.

Du vivant du sujet, Wernicke avait porté le diagnostic de lésion en foyer du lobule pariétal, et voici sur quelles raisons il se fondait :

La soudaineté du début des accidents de suppression fonctionnelle, qui ne pouvait être en rapport qu'avec une lésion en foyer.

Des faits, les uns d'ordre clinique, les autres d'ordre expérimental, ont établi l'existence d'un centre cortical chargé de présider aux mouvements associés des yeux, qui dirigent ceux-ci du côté opposé. C'est donc dans le district occupé par ce centre qu'il faut localiser la lésion, lorsque la déviation conjuguée se présente comme symptôme immédiat d'une lésion en foyer. Ce symptôme n'a qu'une durée passagère, parce que les centres des mouvements des yeux sont représentés, d'une façon complète, dans les deux hémisphères. Quand les centres d'un côté sont détruits, ceux du côté opposé sont mis rapidement en jeu pour les suppléer.

3° L'hémianesthésie s'observe dans les cas de lésions intéressant la portion sensitive de la capsule interne et le lobe pariétal. Quand elle dépend d'une lésion localisée dans le lobe pariétal, elle affecte le sens musculaire avec une intensité particulièrement grande, ce qui avait lieu chez le malade de Wernicke. L'hémiplégie survenue le 30 juin était en rapport avec la lésion en foyer, dernière en date. Le foyer protubérantiel n'a joué aucun rôle dans la pathogénie des symptômes observés chez ce malade.

En se basant sur l'analyse de 42 observations cliniques empruntées à différentes sources, Wernicke conclut, en définitive, que la déviation conjuguée des yeux, survenant comme symptôme direct d'une lésion en foyer, est toujours en rapport avec une lésion du lobe pariétal ou des faisceaux de fibres rayonnantes qui émanent de ce lobe; que, réciproquement, les lésions du lobe pariétal entraînent toujours la déviation conjuguée des yeux d'une façon transitoire, sinon durable; enfin que les lésions doubles de la circonvolution pariétale inférieure paraissent engendrer une ophtalmoplégie totale, qui serait d'origine pseudo-nucléaire. E. RICKLIN.

IV. — Richter relate deux observations dont la première concerne un homme

de 58 ans, atteint d'une hémiplégie gauche avec léger embarras de la parole. Cet état durait depuis 2 ans, lorsque le malade fut interné à l'asile de Dalldorf. A cette époque on constatait l'état suivant : délire des persécutions, grande irritabilité, pupille droite plus dilatée que la gauche, parésie des muscles de la face, à gauche. De ce même côté, engourdissement du bras. Des deux côtés, rétrécissement concentrique du champ visuel. La moitié externe des deux papilles était fortement décolorée. Le malade annonçait d'autre part qu'il ne voyait pas de l'œil gauche. Affaiblissement musculaire de ce même côté.

Autopsie. — La partie moyenne de la circonvolution centrale présentait une teinte brunâtre; de même, la partie moyenne de la première circonvolution frontale et une partie du segment supérieur du lobule pariétal. Les circonvolutions occipito-temporales médiane et latérale ont disparu ; induration du coin et de l'avant-coin. Ramollissement du noyau caudé, à droite. Disparition de la circonvolution de l'hippocampe et du corps mamillaire de ce même côté. Le nerf optique plus mince à droite qu'à gauche. Atrophie du tissu formant la paroi externe du ventricule latéral, en dehors du tapis, atrophie se continuant par voie de continuité jusqu'au pulvinar, et s'étendant de là au corps genouillé externe, à la bandelette optique droite et aux moitiés droites des nerfs optiques, du nerf droit principalement.

La seconde observation concerne un cocher âgé d'une cinquantaine d'années, qui avait eu autrefois des poussées congestives vers la tête. En 1888, diplopie, faiblesse des jambes. En 1887, crampes; exagération des réflexes patellaires; le malade entre à l'hôpital de la Charité de Berlin. Le 1er juillet, il est pris d'une obtusion des facultés intellectuelles. Il s'affaisse au moment où il essaye de marcher; un peu plus tard il quitte l'hôpital, en meilleur état.

Au mois d'août, céphalalgie, vertige, apathie, tremblement des membres, à gauche. Pupille plus large à droite qu'à gauche; hémianopsie homonyme, à droite. Puis, amélioration.

L'année suivante, au mois d'avril, accès de vertige, qui vont en augmentant de fréquence; pendant ces accès, perte de connaissance de quelques secondes seulement. Atrophie commençante de la papille, à droite; à gauche, les limites de la papille sont un peu effacées. Faiblesse croissante de la vue. Le malade est enlevé par une pneumonie.

Autopsie. — Kyste rougeâtre, du volume d'un œuf de poule, siégeant à la base de l'hémisphère droit; le kyste s'est insinué dans la scissure de l'hippocampe, comprimant la bandelette optique et le pédoncule cérébral du côté droit. Une partie de la tumeur s'était enfoncée dans la circonvolution orbitaire en dehors du sillon olfactif, comprimant à ce niveau la partie gauche du chiasma. A droite, le pulvinar est moins saillant qu'à gauche, le corps genouillé externe un peu aplati à droite.

L'auteur invoque ces deux observations à l'appui de l'opinion qu'il avait émise dans un précédent travail, que l'atrophie uni- ou bilatérale du nerf optique, lorsqu'elle atteint le cerveau d'un adulte, peut durer depuis 10 ans et plus, alors qu'à l'œil nu on ne peut pas la poursuivre au delà de la couche optique; en d'autres termes, que l'intensité ou la rapidité de développement de l'atrophie des nerfs optiques dépend moins de la durée que de la nature du processus morbide qui l'enfante.

E. RICKLIN.

V. — Femme de 67 ans. En août 1887, elle s'éveille un matin avec une complète paralysie du membre supérieur gauche. Cet état persiste sans modification pendant deux mois, quand elle s'aperçoit un jour que ses yeux sont tournés à droite, ainsi que sa tête, sans possibilité de la redresser. Elle entre à l'hôpital en octobre, présentant une hémiplégie faciale gauche et une paralysie du bras gauche, sans atrophie musculaire ni trouble de la sensi-

bilité, enfin une déviation conjuguée permanente des yeux et de la tête du côté droit. Les pupilles sont égales. Pas d'altération des membres inférieurs ni de troubles intellectuels. Aucune altération du fond de l'œil.

Le malade s'affaiblit et meurt un mois après.

A l'autopsie, épaississement des méninges, athérome des artères de la base. Un foyer hémorragique se voit sur la partie supérieure de la frontale ascendante droite. Il envoie deux traînées de ramollissement vers la capsule interne et le pédoncule cérébral. Il existe également un autre foyer de ramollissement, gros comme un pois, au niveau de l'origine de la 6me paire du côté gauche. La 7me paire semblait intacte, mais il est probable qu'elle a été touchée par la lésion d'après l'hémiplégie faciale observée pendant la vie.

L'auteur discute ce cas au point de vue des mouvements associés de la tête et des yeux, et des relations physiologiques et anatomiques qui relient la 3me et la 6me paire. Toute cette partie du mémoire ne saurait être résumée et doit être consultée dans l'original. H. R.

VI.— Un homme de 56 ans, alcoolique, fait une chute dans un escalier; on le remonte sans connaissance dans sa chambre. Il ne reprend conscience que 12 heures plus tard, se promenant dans les rues; mais il a perdu tout souvenir de ce qui s'est passé depuis 24 heures. Il va alors se coucher; il se retrouve au lit deux jours plus tard, sans pouvoir se rendre compte de ce qui s'est passé dans l'intervalle. Entré à l'hôpital, on constate une paralysie de l'oculo-moteur commun, une parésie du facial inférieur, un trouble léger de l'audition, de la polyurie et quelques signes de contusion dûs à la chute. C'est un cas peut-être unique d'amnésie traumatique à la fois rétrograde et consécutive. LEFLAIVE.

I. — **Dell' atrofia musculare precoce nelle paralisi di origine cerebrale, par A. BORGHERINI** (*Riv. sperim. di frenatria, XV, p.* 141, 1889).

II. — **Bilateral post hemiplegic arthritis, par SATTERLEE et CORNING** (*New York med. journ., p.* 291, 16 *mars* 1889).

III. — **Ueber drei Fälle von progressiver Paralyse (Trois cas de paralysie progressive avec lésions en foyer dans la capsule interne), par Th. ZACHER** (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XIX, Heft* 3, *p.* 726, 1888).

IV. — **Abcess of the paracentral lobule..., par Frederick MOTT** (*Brain, p.* 143, *juillet* 1889).

V. — **Are there other speech centers... (Existe-t-il d'autres centres de langage à côté de celui de Broca?) par EVANS** (*New York med. j., p.* 150, 9 *février* 1889).

VI. — **The pathology of sensory aphasia... (De l'aphasie sensorielle : analyse de 50 cas où la circonvolution de Broca était intacte), par Allen STARR** (*Brain, p.* 143, *juillet* 1889).

VII. — **Ueber das Verhalten... (Sur l'état des mouvements d'expression musicale et la compréhension de la musique chez les aphasiques), par Hermann OPPENHEIM** (*Charité Annalen, p.* 345, 1888).

VIII. — **Ueber Störungen... (Sur les troubles des facultés musicales consécutifs aux lésions cérébrales), par KNOBLAUCH** (*Deutsch. Arch. f. klin. Med., Band XLIII, p.* 331).

IX. — **Ueber hemianopsie und alexie, par MONAKOW** (*Corr.-Blatt für schweiz. Aertze, p.* 433, 15 *juillet* 1889).

I. — Après quelques considérations générales sur la date à laquelle on voit tout d'abord se produire les premiers signes de dégénération

descendante dans les lésions cérébrales, l'auteur rapporte une observation d'hémiplégie gauche par lésion de la région opto-striée (sans autopsie), dans laquelle le troisième jour on constata une atrophie des membres paralysés qui ne tarda pas à mesurer 2,5 centimètres de diminution circonférentielle. Comparaison avec quelques autres observations plus ou moins analogues (tumeurs cérébrales, siège des lésions dans les circonvolutions); il s'agit, d'après Borgherini, d'une action trophique de certains centres cérébraux qui vraisemblablement ne s'exercerait pas par les voies motrices, mais plutôt par les voies sensitives. P. MARIE.

II. — Homme de 40 ans, atteint d'hémiplégie gauche attribuée à une hémorragie cérébrale. On note, au début, de l'anesthésie pendant dix jours; au bout de quatre mois, contracture du côté de l'hémiplégie; trois semaines plus tard tremblement de la main droite, puis raideur de cette main. Ces manifestations sont bientôt suivies de l'inflammation aiguë des jointures des deux côtés : d'abord l'épaule gauche, puis les doigts. Fièvre, chaleur, rougeur, gonflement : on note cependant que la maladie est différente du rhumatisme aigu.

Deux ans après l'attaque, le malade offre l'aspect du rhumatisme chronique, mais avec coloration rouge bleuâtre des extrémités, et œdème. Les doigts sont en extension. Il y a du côté des pieds et des mains des signes évidents de paralysie vaso-motrice. L. GALLIARD.

III. — 1er *cas*. La lésion en foyer occupait la capsule interne dont la moitié postérieure du segment antérieur était en majeure partie détruite, tandis que la partie antéro-supérieure était intacte; il n'y avait pas, dans ce cas, de dégénérescence secondaire dans le pédoncule cérébral; d'où cette conclusion, que toutes les fibres nerveuses qui proviennent de la partie antérieure du cerveau et qui traversent la capsule interne au niveau du coude formé par celle-ci passent exclusivement par le tiers supérieur de cette capsule.

2e *cas*. Cette conclusion se trouve corroborée par les résultats constatés dans le second cas : dégénérescence secondaire très nette, dans l'étage moyen du pédoncule cérébral, lésion en foyer occupant à peu de chose près la portion de la capsule interne, qui avait été trouvée intacte dans le cas précédent.

Ces faits démontrent donc l'exactitude de l'opinion de Flechsig, qui admet que le faisceau des fibres pyramidales ne traverse pas la capsule interne dans le tiers antérieur de son segment postérieur. D'autre part, le fait que, dans ce cas, la dégénérescence secondaire n'empiétait pas sur l'étage supérieur du pont de Varole se concilie avec l'hypothèse suivant laquelle les fibres allant de la région frontale à la protubérance passent par le coude de la capsule interne.

Ces deux premiers faits considérés d'ensemble peuvent à la rigueur être regardés comme venant à l'appui de la doctrine de Wernicke, suivant laquelle des fibres parties du noyau caudé gagnent le pédoncule en traversant le noyau lenticulaire.

3e *cas*. Le foyer occupait la partie postérieure du noyau lenticulaire, il empiétait sur la capsule interne, dont il avait détruit la partie moyenne du segment postérieur, de là il envoyait des prolongements à travers la capsule interne jusqu'à la queue du noyau caudé. Dégénérescence secondaire répondant, comme localisation, au faisceau pyramidal de Flechsig. Autre petit foyer dans la protubérance, avec bande de dégénérescence secondaire, descendant jusque dans la moelle. Enfin, troisième foyer (cysticerque) intéressant l'écorce de la circonvolution centrale, sans dégénérescence secondaire. E. RICKLIN.

IV. — Homme de 42 ans. Le 3 décembre, céphalalgie violente qui se prolonge pendant toute la semaine. Le 10, il éprouve une vive douleur au sein droit, puis bientôt au bras et à la jambe correspondante, ainsi qu'à la face. Immédiatement après, convulsions unilatérales limitées aux membres du côté droit, durant dix minutes, après quoi il se sent bien. Le lendemain, nouvelle douleur et nouvel accès épileptiforme semblable au précédent, sans perte de connaissance. Les crises se renouvellent jusqu'au 6 décembre. Ce jour-là, il perd brusquement le mouvement de ses membres et devient hémiplégique. On diagnostique une tumeur peut-être syphilitique et on donne l'iodure.

Bientôt surviennent des vomissements, la paralysie progresse, la parole s'altère. Le malade meurt dans le coma, le 26 décembre.

Autopsie. — Les circonvolutions de la région motrice gauche sont aplaties, étalées et ramollies. Sur le lobule paracentral se voit une élevure de couleur verdâtre : c'est un abcès qui s'est ouvert dans le ventricule latéral gauche. Aucune lésion vasculaire, quelques tubercules au sommet du poumon gauche.

L'étiologie de cet abcès est obscure. L'auteur le rattache à un traumatisme grave survenu un an auparavant. Il ne pense pas qu'il fût de nature embolique ni septique. Il fait remarquer que la douleur mamelonnaire prémonitoire des accès confirme les idées d'Horsley, qui voit l'excitation de la circonvolution marginale provoquer des mouvements du tronc. Or, ici, la circonvolution marginale était en contact avec l'abcès. H. R.

V. — Un homme de 34 ans tombe d'une hauteur de 30 pieds au commencement d'avril 1888; on le garde à l'hôpital deux semaines, le croyant atteint d'une simple commotion cérébrale, puis on le renvoie. Au bout de cette période, l'auteur constate une légère dépression à la partie moyenne du pariétal gauche ; si l'on met le doigt à ce niveau, le malade tombe à terre et se plaint d'une vive douleur. Il a de la diplopie; la langue est déviée à droite ; le sens du goût a disparu.

Au bout d'un mois, le malade perd la raison.

Le 18 mai, trépanation au niveau du point déprimé. On trouve la dure-mère épaissie; relèvement des os, sutures. Au réveil, la diplopie a disparu, la céphalée a cédé, les sens spéciaux sont restaurés. Etat excellent jusqu'au 20 juillet.

Le 25 juillet, aphasie, anesthésie complète, étendue à toute la surface des téguments. L'état dure jusqu'au mois d'octobre ; nouvelle trépanation le 7 octobre à la partie moyenne et inférieure du pariétal gauche. On voit s'écouler quelques gouttes de liquide verdâtre. Supposant l'existence d'un foyer inflammatoire profond, on se contente d'un pansement provisoire. Au réveil, l'opéré recouvre l'usage de la parole; l'anesthésie a disparu. Au bout de six jours la parole paraît de nouveau embarrassée. On trouve que la surface du cerveau est bombée au fond de la plaie ; incision, issue d'un flot de pus, lavage. Guérison rapide, mais l'aphasie ne disparaît pas complètement; seulement elle se transforme. Tandis qu'avant l'opération le sujet, privé de la parole, pouvait cependant se faire comprendre par l'écriture, à l'heure actuelle il peut parler, mais il reste agraphique.

L'auteur pense donc que la circonvolution de Broca n'est pas le seul centre du langage. Or, ce fait n'est pas assez précis pour permettre une localisation. L. GALLIARD.

VI. — Après une analyse minutieuse des conditions multiples qui créent l'aphasie sensorielle, Starr montre que dans les observations de ce genre il faut tenir compte d'une foule d'éléments.

a). Le pouvoir de reconnaître les objets par les cinq sens.

b). Celui de retrouver les noms des objets, soit en les voyant, soit en entendant parler.

c). Celui de se représenter les objets dont on parle, et de comprendre la parole.

d). Celui de comprendre les mots écrits, et de les comprendre à la lecture.

e). Celui de copier et d'écrire à la dictée.

f). Enfin, de parler volontairement et de répéter les mots.

L'analyse de *a*) et de *b*) montre quel est l'état des circonvolutions temporales.

Celle de *c*) *d*) *e*) correspond à la condition du gyrus angulaire : enfin *f*) à l'état de la circonvolution de Broca.

En résumé, l'existence d'une aphasie sensorielle implique l'idée d'une lésion de la région temporo-pariétale, la surdité verbale correspondant à la partie postérieure de la région temporale, la cécité verbale au gyrus angulaire.

Si les deux se rencontrent avec de l'amnésie verbale, il y a de grandes chances pour que la lésion occupe la région pariétale inférieure. H. R.

VII. — On sait que la faculté de moduler des airs, surtout des airs populaires, des mélodies depuis longtemps connues, est parfois conservée chez les aphasiques. Il est possible même qu'ils puissent, en chantant, prononcer les paroles adaptées à la musique, alors qu'il leur serait impossible de le faire sans chanter. H. Oppenheim étudie à l'aide de documents nouveaux cet état des facultés musicales chez les aphasiques. Il rapporte une dizaine d'observations dans lesquelles les malades, atteints d'aphasie motrice, avaient conservé le pouvoir de chanter certaines mélodies, avec ou sans les paroles.

Chez ces malades, on trouve, presque toujours conservés en même temps, le langage passionnel, par interjections, et la récitation mécanique ; la récitation des nombres en série, des jours de la semaine, des mois de l'année dans leur ordre.

Par contre, les aphasiques qui ne peuvent plus compter ont perdu aussi le langage musical. Chez un semblable malade, une amélioration se produisant, la faculté de compter et de chanter réapparurent en même temps. Les interjections passionnelles, la faculté de compter, de réciter en série, et la faculté de moduler par le chant constitueraient des formes rudimentaires du langage. Les enfants chantent avant de parler, modulent avant d'articuler.

Peut-être y a-t-il lieu de chercher pour ce mode de l'aphasie un centre particulier. A. MATHIEU.

VIII. — Le point de départ du travail de Knoblauch est une observation dans laquelle le malade atteint d'aphasie motrice était capable d'articuler les paroles d'une chanson. L'auteur a dressé un schéma semblable à ceux de Lichtheim, dans lequel il représente les éléments moteurs et sensoriels de la musique. Comme Lichtheim, il déduit de ce schéma les diverses combinaisons qui peuvent se produire dans la perte ou la conservation de ces divers éléments. Il doit exister des centres moteurs et sensitifs semblables à ceux qui existent pour la parole; il est possible que ces centres coïncident.

Il est assez facile d'énumérer les diverses possibilités de l'aphasie musicale : lire la musique, l'écrire, la copier; reproduire les notes d'une

mélodie en chantant, en articulant les paroles ou non; reconnaître une mélodie, la chanter après l'avoir entendue. A. MATHIEU.

IX. — Fait rare de cécité verbale, sans surdité verbale, ni autres troubles aphasiques.

Artiste peintre, âgé de 62 ans, bien portant jusqu'en 1884, époque où il eut une attaque apoplectique avec perte de la connaissance. Immédiatement après, survinrent de l'hémiparésie de la moitié droite du corps (facial demeuré intact), une hémiopie droite, de l'alexie et de l'agraphie. La parole n'a pas été gênée un seul instant.

Huit semaines environ après l'attaque, l'hémiparésie rétrocéda presque entièrement; le malade rapprit à écrire, mais en confondant les lettres; au contraire, l'alexie et l'hémiopie ne se modifièrent pas.

Au printemps de 1887, Monakow constata une forte exagération du réflexe rotulien droit; la pupille droite était un peu plus grande. Les deux pupilles réagissaient nettement à la lumière, même quand on éclairait les moitiés hémiopiques du champ visuel. Sens musculaire et sensibilité farado-cutanée un peu affaiblis à droite; jambe droite un peu raide, sans troubler la marche. Mouvements oculaires normaux.

Les moitiés gauches des rétines ne voyaient plus (hémiopie droite). Quelques semaines avant la mort seulement, l'hémiopie devint complète, c'est-à-dire que la ligne de séparation, qui jusque-là passait un peu en dehors de la tache jaune, finit par passer exactement par le point de fixation. La cécité verbale était soumise à des alternatives d'intensité, par maints points, elle rappelait la dyslexie de Berlin avec la moitié droite de ses rétines, le malade apercevait une aiguille sur la table et reconnaissait les gens à distance assez grande. En y mettant plus de temps, il arrivait à désigner les lettres et les chiffres isolés, mais il lui était impossible de comprendre les mots avec les plus grands efforts et en faisant le geste d'écrire, il arrivait de temps à autre à déchiffrer seulement les monosyllabes.

L'écriture spontanée ou sous dictée (point celle d'après un modèle) fut un certain temps possible; plus tard, le malade confondait parfois certaines lettres et était incapable de lire ce qu'il venait d'écrire. Finalement la lecture et l'écriture lui devinrent antipathiques.

Au point de vue psychique, il existait un trouble notable de la mémoire et de l'imagination visuelles. Dès son attaque, cet homme ne put plus se livrer à sa profession artistique. Il était incapable soit de dessiner d'après un modèle, soit de composer. Quand on lui demandait de dessiner un paysage, au bout d'une heure il était parvenu à tracer quelques barres et crochets incompréhensibles qui devaient représenter des arbres, mais où se trahissait encore une main exercée. Chose curieuse, il peignait toujours assez bien le ciel et les nuages, et son sens des couleurs resta assez normal. Il s'égarait aussi dans les rues qui lui étaient le plus connues. Au milieu de février 1889, survient une pleurésie droite qui l'affaiblit beaucoup, et le mois suivant, il succomba rapidement à une nouvelle attaque apoplectique.

Autopsie. — Au niveau du tiers postérieur du sillon interpariétal gauche, entre le lobe pariétal supérieur et le pli courbe, la couche corticale est mortifiée dans l'étendue d'une pièce suisse de 20 centimes; en ce point, le stylet pénètre dans un vieux kyste apoplectique, de la grosseur d'une noix, à parois assez fermes, creusées dans la substance blanche du lobe occipital. Les coupes faites à travers le lobe occipital gauche montrent la destruction complète de la majeure partie de la substance blanche du pli courbe; il ne reste de normal que la substance corticale avec un étroit liséré de substance blanche.

La substance blanche de la 2e circonvolution occipitale et de l'avant-coin (præcuneus) est ramollie par endroits, tandis que la 1re et la 3e circonvo-

lutions occipitales sont intactes à l'œil nu, et que dans le coin (cuneus) seule la substance blanche est partiellement un peu atteinte.

La corne postérieure du ventricule latéral gauche est très dilatée, mais il n'y a pas de perforation.

Les fibres de Gratiolet sont dégénérées secondairement, seulement dans leur partie dorsale, jusqu'à la capsule interne, tandis qu'elles sont normales sur leur côté ventral. Il y a également du côté gauche une dégénération secondaire de la couche optique, du corps genouillé externe, du tubercule quadrijumeau antérieur et de son prolongement.

Hémorragie récente dans le cervelet. Reste de l'encéphale normal.

J. B.

I. — Beitrag zur Anatomie der cerebralen Kinderlähmung (Anatomie de la paralysie cérébrale infantile), par HOVEN (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XIX, Heft* 3, *p.* 563, 1888).

II. — Même sujet, par von WALLENBERG (*Ibidem, XIX, Heft* 2, *p.* 297).

III. — Hydrocephalie... (Un cas d'hydrocéphalie de dimensions insolites), par TUCZEK et CRAMER (*Ibidem, XX, Heft* 2, *p.* 354, 1889).

IV. — Ueber Porencephalie, par MOELI (*Berl. kl. Woch., p.* 763, 26 *août* 1889).

I. — Dans un cas de paralysie cérébrale infantile, observé par Hoven, l'examen macroscopique et histologique du cerveau a donné les résultats suivants : intégrité complète de l'écorce grise; lésions insignifiantes de la couche optique, du corps strié et de l'avant-mur ; altérations plus importantes de la couronne rayonnante et d'une faible partie de la capsule interne, sous forme de deux foyers kystiques, qui empiétaient sur les agglomérations de substance grise précitées. Ces deux foyers occupaient le siège de prédilection des foyers de ramollissement et d'hémorragie chez l'adulte. Il est donc extrêmement vraisemblable qu'ils reconnaissaient pareille origine. Donc cette observation parle contre la théorie de Strümpell, qui prétend faire de la paralysie spinale infantile et de la paralysie cérébrale infantile deux localisations différentes d'un seul et même processus morbide. Elle démontre que l'hémorragie et le ramollissement cérébraux, pour être rares dans l'enfance, s'observent réellement, en donnant lieu au syndrome de l'hémiplégie spinale spasmodique, comme c'était le cas chez le sujet de l'observation de Hoven.

E. RICKLIN.

II. — Wallenberg publie l'observation d'un homme de 49 ans, qui avait eu, disait-il, une attaque apoplectiforme à l'âge de six ans. Cette attaque avait laissé à sa suite une paralysie des membres du côté gauche, avec contracture et atrophie musculaire, celle-ci plus prononcée au membre supérieur. Le muscle droit interne de l'œil était également paralysé. Cet homme fut emporté par des complications cardio-pulmonaires.

A l'autopsie on trouva un kyste de la grosseur d'un pois, dans le pédoncule cérébral droit, au-dessus du tubercule quadrijumeau postérieur ; étaient atrophiés par la tumeur : le faisceau latéral de l'oculo-moteur, une partie du noyau rouge, la partie supérieure du ruban de Reil, le *locus niger* et la partie supérieure du tiers moyen du pied du pédoncule, et dans le voisinage de la protubérance, le pédoncule cérébelleux supérieur. La protubérance, le bulbe et le cervelet n'ont pas été examinés. Dans la moelle, dégénérescence des faisceaux pyramidaux latéraux et cérébelleux latéraux, plus prononcés à gauche qu'à droite; dégénérescence d'une grande partie de la zone limitante

externe, et des cordons de Goll jusque vers le milieu du segment dorsal. Atrophie des colonnes de Clarke, qui, dans la partie supérieure du segment dorsal, n'intéressait que les fibres transversales, s'étendant aux fibres longitudinales et aux cellules ganglionnaires dans le territoire qui correspond à l'émergence des 6-10e paires dorsales. Au-dessous du milieu du segment dorsal, la dégénérescence était limitée aux faisceaux pyramidaux et cérébelleux latéraux.

D'après l'auteur, les lésions spinales considérées dans leur ensemble avaient eu pour point de départ le foyer pédonculaire. Le mode de propagation de la dégénérescence est indiqué de la façon suivante : foyer pédonculaire; pédoncule cérébelleux supérieur, corps rhomboïdal du côté opposé; corps restiforme ; de là, la dégénérescence se serait étendue en partie aux faisceaux des corps restiformes qui concourent à la formation des cordons postérieurs, en partie aux faisceaux cérébelleux latéraux, aux colonnes de Clarke, aux cordons de Goll. D'autre part, elle se serait poursuivie des faisceaux restiformes des cordons postérieurs aux noyaux croisés des cordons de Goll et à ces cordons, à travers le ruban de Reil.

L'auteur s'est attaché ensuite à justifier ce mode hypothétique de propagation de la dégénérescence. E. RICKLIN.

III. — Le cas d'hydrocéphalie relaté par Tuczek et Cramer concernait un idiot né en 1845 et mort en 1887 à l'asile de Hania, où il avait été admis au mois de juin 1874. De son vivant, cet homme avait présenté les particularités suivantes : arrêt de développement des facultés intellectuelles ; le sujet n'avait pu apprendre ni à lire ni à écrire ; déformation des membres inférieurs, par suite de contracture des fléchisseurs avec atrophie musculaire. Lenteur et monotonie de la parole. Force musculaire assez bien conservée, d'une façon générale. Le sujet était calme, assez propre, manifestant une certaine pudeur, doué d'une bonne mémoire. Le crâne était de dimensions colossales ; sa circonférence mesurait 75 centimètres.

Subitement, le sujet fut atteint d'un phlegmon à la face dorsale du pied gauche ; en l'espace de vingt-quatre heures, le foyer phlegmoneux s'était transformé en ulcération de décubitus, qui emporta le malade.

L'auteur a donné une description détaillée du crâne du sujet, avec indication des différentes dimensions, et des malformations que l'hydrocéphalie avait entraînées dans la masse du cerveau : écartement du noyau caudé et de la couche optique, par suite de la distension subie par la base de l'encéphale, dans le sens antéro-postérieur ; allongement, dans le même sens, de la commissure antérieure, qui était atrophiée. Réduction de la masse de la substance blanche des hémisphères, poussée à ses limites extrêmes ; dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux, dans les segments dorsaux et lombaire, consécutive à la disparition de la plus grande partie de la substance médullaire sous-jacente à l'écorce ; d'où contracture et atrophie aux membres inférieurs. Cette localisation de la contracture et de l'atrophie concordait avec cette circonstance que l'atrophie de la substance grise corticale atteignait son maximum sur le tiers supérieur des circonvolutions centrales.

E. RICKLIN.

IV. — Idiot, âgé de 18 ans, mort quatre semaines après son admission. Il remuait mieux les membres droits ; ses jambes étaient un peu contracturées ; pas d'atrophie.

Autopsie. — Encéphale ne pesant que 770 grammes, soit un tiers trop léger pour l'âge. Inégalité considérable des deux hémisphères : le droit,

beaucoup plus court, semblait un appendice du gauche qui avait à peu près son volume normal. Pie-mère du côté gauche partout facile à enlever, sauf à l'extrémité de la scissure sylvienne, où elle adhérait superficiellement au cerveau.

Vues en avant, toutes les circonvolutions de l'hémisphère droit convergent vers un point où la surface du cerveau est profondément déprimée. Ce point situé dans la région du pied de la circonvolution centrale antérieure est le commencement d'une fissure cérébrale qui, à travers la plus grande partie du lobe temporal, s'étend jusque sur le lobe occipital, où elle se termine par un sillon superficiel. Tandis qu'aux deux extrémités du fond de cette fente il existe encore de la substance cérébrale, en son milieu le ventricule latéral est directement accessible sur une grande étendue. Dans sa totalité, l'hémisphère est atrophié aussi en arrière.

Quant à l'hémisphère gauche, la plupart de ses circonvolutions sont bien développées, mais il lui manque toute la troisième circonvolution frontale, l'opercule et le pied des circonvolutions centrales. En leur lieu se voit un large sillon béant qui, de la deuxième circonvolution frontale, s'étend jusque sur la première temporale et forme une dépression dans laquelle on peut placer les deux doigts.

Au fond de cette dépression se trouve un bourrelet aplati qui en arrière, à l'extrémité de la scissure de Sylvius correspondant à la dépression, se continue sans ligne de démarcation avec la première circonvolution temporale.

En résumé, il s'agit de la coexistence rare d'une porencéphalie du côté droit, d'origine intra-utérine avec atrophie, et d'une péri-encéphalite localisée autour de la scissure de Sylvius et atrophie de la troisième circonvolution frontale et de l'opercule dans l'hémisphère gauche. (*R. S. M.*, XXII, 466 et 467; XXIV, 118; XXV, 573; XXVII, 168; XXVIII, 264; XXX, 450 et 451.) J. B.

I. — On the diagnosis of diseases of the corpora quadrigemina, par H. NOTHNAGEL (*Brain, p.* 21, *juillet* 1889).

II. — Ueber Geschwülste des vierten Ventrikels (Tumeurs du 4e ventricule), par Max JOSEPH (*Zeitsch. f. klin. Med., XVI, p.* 349).

III. — Ein Fall von Gehirntumor (Tumeur du cervelet), par Carl HAFNER (*Berl. kl. Woch., p.* 694, 5 *août* 1889).

I. — Mémoire basé sur l'analyse de cinq observations personnelles, dont trois ont été publiées antérieurement dans la *Wiener Blätter* en 1882 et 1888; la quatrième est rapportée *in extenso*.

Voici les conclusions de cette note : étant donné un cas où la symptomatologie indique la présence d'une tumeur cérébrale, il y a vraisemblance qu'elle siège au niveau des tubercules quadrijumeaux, si les symptômes sont les suivants : *a*) une démarche incertaine et titubante, manifestation précoce de la maladie ; *b*) une ophtalmoplégie double, mais non complètement symétrique, et n'intéressant pas tous les muscles également au même degré. H. R.

II. — Joseph rapporte deux observations de tumeurs du quatrième ventricule.

La première est celle d'un homme de 22 ans, souffrant depuis six ans de céphalalgie intermittente, avec vomissements et pertes de connaissance. Pas de troubles de la sensibilité ni de la motilité, mais syncope quand le malade essaye de marcher ou de se tenir debout. La maladie offre des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Sur la fin, difficultés de la déglutition, vo-

missements, paralysie glossopharyngée légère, nystagmus intermittent, inégalité pupillaire ; abolition bilatérale du réflexe pupillaire, déviation de la tête du côté gauche. L'urine reste normale. La mort survient, produite en partie par des accidents de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, tumeur du quatrième ventricule comprimant fortement la moelle. L'examen microscopique montre qu'il s'agit d'un angiome caverneux.

Dans la deuxième observation, début cinq ans auparavant par des douleurs dans la nuque et un gonflement vers la septième vertèbre cervicale. Parésie du membre supérieur gauche, gonflement de la main gauche, puis de la main droite. Modifications singulières de la démarche qui devient spasmodique, vertiges, trépidation spinale. Augmentation des réflexes cutanés et rotuliens. Sur la fin, les réflexes cutanés sont totalement abolis, les réflexes rotuliens persistent. Paralysie des quatre membres, paralysie vésicale, difficultés de la déglutition, troubles de la parole, mort par pneumonie. A l'autopsie, tumeur du quatrième ventricule comprimant encore la moelle ; l'examen histologique conclut à un angiome sarcomateux. A.-F. PLIQUE.

III. — Homme de 30 ans. Il y a dix mois, il a commencé à avoir, surtout le matin, des douleurs de tête partant de la nuque et irradiant en avant. Bientôt accès vertigineux ; quand le malade se lève rapidement, il vomit quelquefois. Pupille gauche un peu dilatée avec commencement d'œdème papillaire. Etat normal de l'acuité et du champ visuel à la perception des couleurs, de l'accommodation et des mouvements des muscles oculaires. Rien à signaler du côté des nerfs crâniens. Pouls lent. Réflexes rotuliens intacts ainsi que la sensibilité et la motilité. Alternatives de pâleur et de rougeur avec sueurs à la face.

Vomissements et étourdissements de plus en plus fréquents. Augmentation de fréquence du pouls, qui devient irrégulier.

Quatre jours avant la mort, qui fut subite, apparition de fièvre, diminution des vomissements, somnolence.

Liebermeister avait diagnostiqué une tumeur du cervelet, probablement un gliome.

Autopsie. — Au niveau de l'hémisphère cérébelleux gauche, tumeur globuleuse de 3 centimètres de diamètre, blanc verdâtre au centre, avec bordure grise contenant des granulations blanc verdâtre. La tumeur s'est manifestement développée dans la pie-mère, en comprimant seulement la substance cérébelleuse.

Ramollissement du voisinage, dépassant la ligne médiane. Pas de tubercules dans le cerveau ni dans les méninges.

La tumeur renferme de nombreux bacilles tuberculeux ; elle adhère au sinus transverse qui offre un thrombus à ce niveau.

Les poumons sont farcis de tubercules de dates différentes. Pas de tubercules dans les autres organes. J. B.

Recherches sur les méningites suppurées, par NETTER (*France médicale, 1er juin* 1889).

Les recherches de Netter démontrent que la méningite suppurée peut être causée par divers microbes, que parmi ceux-ci le pneumocoque occupe une place importante. En effet, sur 25 cas, Netter a trouvé 18 fois des pneumocoques ; si on retranche 6 cas dans lesquels la méningite accompagnait une pneumonie, le pneumocoque reste encore en cause dans plus de la moitié des cas, 10/19.

L'exsudat dans la méningite à pneumocoque est presque toujours très visqueux et verdâtre. L'affection coïncide fréquemment avec une endocardite végétante ulcéreuse et semble relativement bénigne.

L'exsudat des méningites à streptocoque est moins adhérent, il s'agit plutôt d'un exsudat séro-purulent et les globules de pus se disposent en flocons pulvérulents.

Enfin, dans les cas où Netter a trouvé le bacille en capsule, analogue au microbe de Friedländer, l'exsudat était remarquablement visqueux et épais. E. DESCHAMPS.

Zur Ætiologie und Contagiositaet der Meningitis cerebro-spinalis, par KOHLMANN (*Berlin. klin. Woch., nº* 17, *p.* 375, 29 *avril* 1889).

Kohlmann rapporte les observations suivantes pour établir que la méningite cérébro-spinale est contagieuse et que les germes morbides de la maladie peuvent être transmis par des vêtements.

1° Dans la nuit du 19 au 20 décembre, alors que dans la localité il n'y avait d'autres maladies infectieuses que des rougeoles et diphtéries, un cultivateur âgé de 61 ans, qui s'était mis au lit avec un mal de tête, est pris de vomissements et de convulsions. Le lendemain matin il avait la face pâle, les lèvres bleuâtres, les mains froides, le pouls fréquent et à peine sensible, des étourdissements, de la céphalalgie et de la lassitude. Bientôt, sans perdre connaissance, il est pris de convulsions toniques dans les muscles de la poitrine et des quatre membres. Puis, après avoir passé par une période très inquiétante de collapsus, il se rétablit peu à peu.

2° Trois semaines plus tard, le 9 janvier, le fils du précédent, âgé de 18 ans, accuse tout à coup des frissons, de la fièvre et des douleurs de tête; puis il ressent un vertige continu, des envies de vomir, une grande lassitude et un peu de raideur dans la nuque. Au bout de quatre jours, son état s'améliore et bientôt il guérit.

3° Le 16 janvier, la fille et sœur des deux prédédents malades, âgée de 23 ans, est brusquement prise de frissons, céphalalgie, nausées et courbature intense; dans la nuit, s'y ajoutent des vertiges, des vomissements, du délire, puis la perte de la connaissance et des convulsions. Kohlmann voit la malade vingt-quatre heures après le début : le pouls est très fréquent et petit, la respiration irrégulière, les pupilles sont dilatées, la déglutition est impossible, tout le dos est raidi par le spasme des extenseurs; en revanche, il n'y a pas de contracture de la nuque bien marquée. Violentes convulsions dans les membres inférieurs. La moindre pression exercée sur la surface du corps détermine de l'agitation et des crampes réflexes. Dans le cours de la journée, le coma et le collapsus augmentent et la fille succombe après quarante-huit heures de maladie.

4° Le 29 janvier, un jeune ouvrier de 14 ans, domicilié à grande distance des trois malades ci-dessus et n'ayant aucune relation avec eux, est atteint de céphalée qui augmente le lendemain et s'accompagne alors d'envies de vomir et de lassitude extrême. Le troisième jour, vomissements, délire, convulsions avec perte de la connaissance. Accès d'opisthotonos avec renversement spasmodique de la tête. Mort le 1er février par paralysie respiratoire, soixante-douze heures après le début de la maladie.

5° Le 2 février, la mère du précédent, âgée de 57 ans, toujours bien portante jusqu'alors, est atteinte de pneumonie franche; quelques jours plus tard, elle accuse de violentes douleurs à la partie supérieure du rachis, douleurs que la pression rend intolérables, et elle a de la raideur de la nuque. Cette rachialgie ne fait qu'augmenter, puis, à trois reprises, en l'espace de six heures, la malade offre de la contracture des membres supérieurs alternant avec des convulsions cloniques. L'intelligence est restée nette tout le temps. Le septième jour de la maladie, mort par œdème pulmonaire.

Le 23 août précédent, Kohlmann avait donné des soins à une servante

âgée de 17 ans, revenue malade chez ses parents. Elle avait de la fièvre, de la somnolence, une céphalalgie intense, du délire, des vomissements, de la constipation et de la rétraction du ventre; puis des phénomènes pupillaires, du coma, le pouls cérébral, des contractures; mort dans le coma le neuvième jour sans avoir eu de raideur notable de la nuque ni de rachialgie. Cette fille morte le 2 septembre resta jusqu'à son enterrement, le 6, dans l'unique pièce de la maison. Son père et son frère allèrent emprunter des habits pour la cérémonie funèbre, le premier chez le malade n° 1 dont le fils et la fille tombèrent consécutivement malades (n°s 2 et 3); quand au second, il alla chez le malade n° 4, dont la mère fut ensuite atteinte (n° 5). Les vêtements empruntés séjournèrent plusieurs jours dans la chambre funèbre, avant et après l'enterrement; puis ils furent rendus à leurs propriétaires. J. B.

Thrombose des Sinus cavernosus, par NOTHNAGEL (*Soc. des méd. de Vienne, 7 juin* 1889).

Une femme de 70 ans offre, à droite, du ptosis, de l'œdème de la paupière supérieure et de la joue droite, une élévation de température de ce côté : névralgie violente du trijumeau, anesthésie de la conjonctive et de la cornée, de la moitié de la face, de la muqueuse buccale et linguale à droite. L'œil droit est absolument immobile, il y a paralysie du moteur commun, du moteur externe, du pathétique.

L'ophtalmoplégie externe, la névralgie trifaciale et l'anesthésie douloureuse coïncidant avec la stase veineuse, cet ensemble permet de diagnostiquer la thrombose du sinus caverneux. Le diagnostic est net si l'on tient compte de l'ordre de l'apparition des symptômes : il y a trois ans, douleurs au côté droit de la tête prenant progressivement le caractère de la névralgie trifaciale, strabisme passager, puis immobilisation du globe oculaire.

L'auteur admet une phlébite du sinus de l'étage moyen de la base avec localisation secondaire au sinus caverneux. L. GALLIARD.

I. — Ueber ein Fall von Alcoholneuritis mit myositis, par SIEMERLING (*Berl. klin. Woch., p.* 723, 12 *août* 1889).

II. — Même sujet, par OPPENHEIM (*Ibidem*).

III. — Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la pathogénie du zona, par F. DREYFOUS (*France médicale, 7 février* 1889).

IV. — Remarques à propos de l'étiologie du zona, par M. LETULLE (*Ibidem, 19 janvier* 1889).

V. — Multiple Hirnnervenlæsion... (Névrite des nerfs crâniens à la suite d'une fracture de la base), par L. BRUNS (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XX, Heft* 2, *p.* 495, 1889).

VI. — Ein Fall von isolirter Læhmung... (Paralysie limitée au nerf maxillaire inférieur), par Fr. ZIEHL (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Band CXVII, Heft* 1).

VII. — Zur Casuistik der partiellen Empfindungslähmung... (Anesthésies partielles d'origine périphérique), par ZIEHL (*Deutsche med. Woch., n°* 17, *p.* 335, 1889).

VIII. — Ueber Radialiskrampf, par LAQUER (*Berl. kl. Woch., p.* 725, 12 *août* 1889).

I. — Femme de 51 ans, offrant depuis des années les symptômes de l'alcoolisme chronique.

A Noël 1887, affaiblissement rapide des membres inférieurs, qui l'oblige à garder dès lors la chambre.

Etat le 26 mars 1888 : Subdélirium, œdème de la face, de l'épaule et du

bras gauches, ainsi que des deux jambes. Marche impossible sans aide ; elle est vacillante, s'opère les jambes écartées, la pointe du pied pendante et avec un peu d'ataxie.

Parésie légère du membre supérieur droit et plus marquée des deux membres inférieurs, surtout de gauche ; signe de Westphal des deux côtés. La pression sur les gros troncs nerveux et sur les muscles est très douloureuse.

Traces d'albumine dans l'urine. Température normale.

L'état de la malade s'oppose à l'exploration précise de la sensibilité.

Réaction de dégénérescence sur le territoire du nerf péronier ; forte diminution de l'excitabilité électrique sur celui du tibial postérieur, spécialement pour le courant faradique ; enfin léger affaiblissement de l'excitabilité électrique dans les muscles de la cuisse.

Peu de changements jusqu'à la mort, due à une pleurésie droite.

Un fragment du muscle extenseur commun des orteils, excisé pendant la vie, avait révélé des lésions de myosite.

A l'examen microscopique, la moelle et les racines sont saines. En revanche, sur les nerfs périphériques (radial, péronier, crural, grand saphène), ainsi que sur leurs ramifications intra-musculaires, on constate une atrophie intense des fibres avec multiplication des noyaux dans le tissu interstitiel.

Les muscles offrent un degré considérable de prolifération interstitielle (tissu conjonctif avec vaisseaux), avec atrophie de la majeure partie des fibres et hypertrophie très nette de certaines parties d'entre elles. Dans le tissu interstitiel, beaucoup de pigment et d'hémorragies libres. L'intensité des lésions varie selon les muscles ; elle est au maximum sur le gastrocnémien et l'extenseur commun des orteils.

Vu le caractère avancé des lésions musculaires, Siemerling ne les considère pas comme secondaires à la dégénération des nerfs et en dépendant uniquement ; pour lui il s'agit, dans les nerfs et dans les muscles, de lésions contemporaines.

II. — Le cas d'Oppenheim est identique au point de vue des lésions anatomiques : il y avait de la névrite dégénérative et de la myosite interstitielle, mais l'affection était plus complexe, car le malade était à la fois un ancien palustre, syphilitique, alcoolique et tuberculeux. J. B.

III. — La parenté du zona avec les affections du système nerveux est démontrée par un grand nombre de faits : coïncidence du zona et des névralgies et liaison étroite du zona avec les lésions des nerfs, ou mieux des ganglions ; coïncidence du zona avec la paralysie des membres ; zona suivi d'atrophie musculaire ; fréquence du zona accompagné ou suivi de paralysie faciale, etc. La notion de l'hérédité nerveuse est un échelon de plus apporté à l'origine névropathique du zona, et F. Dreyfous rapporte plusieurs observations dans lesquelles l'hérédité névropathique est parfaitement établie.

Cette notion n'est pas en contradiction avec l'idée du zona, maladie infectieuse, car on sait que les maladies infectieuses ont souvent une localisation du côté du système nerveux, et l'hérédité, ici, prépare le terrain, de même qu'elle le prépare dans le zona d'origine traumatique.

E. DESCHAMPS.

IV. — Letulle rapporte un certain nombre de faits dont il tire les conclusions suivantes :

Si le terrain neuro-arthritique est le terrain par excellence du zona, il n'en est pas moins vrai que l'origine et la nature même de l'herpès zos-

ter, pour un certain groupe de faits au moins, semblent bien se résumer en la notion d'une maladie infectieuse. Dans l'étiologie du zona, à côté de diverses intoxications, il faut placer plusieurs maladies infectieuses, aiguës ou chroniques. Ces zonas d'origine infectieuse seraient, par conséquent, secondaires à l'évolution de germes pathogènes capables de troubler la nutrition des divers éléments constitutifs du système nerveux. Si l'on accepte cette idée, l'infection zostérienne, primitive dans le cas de Landouzy, serait, dans d'autres, secondaire à une maladie infectieuse bien déterminée ; elle pourrait être comparée aussi bien aux néphrites d'origine infectieuse qu'aux myélites et aux encéphalites secondaires, à la dothiénentérie ou à la variole. Il ne resterait plus qu'à déterminer le mode d'action des germes infectieux ou des poisons secrétés par eux et les lésions matérielles qu'ils produisent sur les filets nerveux terminaux, sur les ganglions nerveux ou même sur les troncs des nerfs et les centres bulbo-protubérantiels. E DESCHAMPS.

V. — Le sujet de l'observation de Bruns, un homme de 27 ans, était tombé d'une voiture sur la chaussée. Lorsqu'il revint à lui, cinq jours plus tard, il ne se souvenait qu'imparfaitement de la manière dont les choses s'étaient passées. Les téguments du crâne étaient fortement endommagés ; à gauche, l'oreille était presque complètement arrachée. De plus, le lendemain de l'accident, on constatait le développement d'une paralysie faciale à droite et une hémorragie par le conduit auditif externe, de ce même côté. A gauche, mydriase complète, avec chute de la paupière et kératite neuro-paralytique.

Onze semaines après l'accident, Bruns constatait l'état suivant : *A gauche*, paralysie du pathétique et de l'oculo-moteur externe ; paralysie totale des rameaux sensitifs et moteurs du trijumeau. *A droite*, paralysie incomplète de l'oculo-moteur externe; paralysie complète du facial, avec les signes de la réaction de dégénérescence. Il n'y avait pas de troubles appréciables dans la sphère du glosso-pharyngien. Par contre, l'appareil gustatif était le siège de troubles très curieux, que l'auteur a étudiés avec beaucoup de soin.

Sur la moitié gauche de la langue, c'est-à-dire du côté de la paralysie du trijumeau, la sensibilité gustative était normale, tandis qu'elle était supprimée à droite, sur toute la longueur.

L'auteur considère comme certain qu'il y avait eu, chez son malade, fracture du crâne avec lésion consécutive des deuxième, troisième, quatrième, cinquième et sixième paires. En raison de l'intégrité des fonctions du voile du palais, il y a lieu d'admettre que le facial avait été lésé sur son trajet dans le canal de Fallope. A gauche, la lésion du trijumeau a dû être particulièrement grave, tandis qu'à droite les deuxième, troisième et sixième paires n'ont dû être atteintes que légèrement.

Cette observation est en désaccord avec les théories qui ont cours relativement au trajet des nerfs du goût. Ni la théorie de Schiff-Erb, suivant laquelle la moitié antérieure de la langue est innervée par le lingual et la moitié postérieure par la neuvième paire ; ni la théorie de Gowers, qui prétend que les fibres nerveuses destinées à la moitié postérieure de la langue cheminent d'abord dans la neuvième paire, pour passer ensuite dans la cinquième paire par l'intermédiaire du nerf tympanique ; ni la théorie de Dana, qui admet le trajet inverse pour les mêmes fibres ; ni la théorie de Vulpian, qui considère le nerf intermédiaire de Wrisberg comme un nerf de gustation, ne concordent avec le fait relaté par l'auteur. Tout s'expliquerait si on admettait que les fibres

destinées à la moitié postérieure de la langue cheminent d'abord dans la neuvième paire, puis poursuivent leur trajet dans le nerf intermédiaire de Wrisberg, et que c'est sur cette portion de leur parcours qu'a porté l'action du traumatisme. E. RICKLIN.

VI. — Ziehl décrit un cas de paralysie du nerf maxillaire inférieur, où tous les muscles masticateurs du côté gauche furent paralysés et où l'anesthésie s'étendait à la région innervée par les rameaux du même nerf. De plus, toute sensibilité gustative fit défaut sur les deux tiers antérieurs de la moitié gauche de la langue, de même que la sensibilité tactile et thermique disparut sur la moitié gauche de la base de la langue.

Ziehl pense pouvoir conclure de cette observation : 1° que c'est le nerf lingual qui renferme les filets gustatifs des deux tiers antérieurs de la langue ; 2° que ces filets gustatifs quittent le nerf lingual pour passer dans la corde du tympan ; par l'intermédiaire de celle-ci, ils gagnent le canal de Fallope en accompagnant le facial et arrivent ainsi au ganglion géniculé. De là ils parviendraient au ganglion otique par la voie du petit pétreux superficiel ou bien par le plexus tympanique (rameau communiquant du facial). A partir du ganglion otique, les filets gustatifs monteraient dans la troisième branche du trijumeau, jusque dans le ganglion Gasser et de là à l'encéphale. Les observations pathologiques permettent d'affirmer, en ce qui concerne le trajet des fibres gustatives chez l'homme, qu'elles suivent la voie sus-mentionnée jusqu'au ganglion géniculé ; mais à partir de celui-ci jusqu'au ganglion otique, leur trajet est hypothétique ; 3° que la sensibilité gustative du tiers postérieur de la langue est sous la dépendance du glosso-pharyngien, dont les fibres n'entrent pas en relation avec le trijumeau ; 4° que le lingual est le nerf sensitif de toute la langue ; de plus, la pointe de la langue reçoit des fibres sensibles du nerf maxillaire inférieur, non seulement par le lingual, mais encore par des fibres accompagnant les filets gustatifs ou par l'intermédiaire du ganglion otique, du facial et de la corde du tympan. ED. RETTERER.

VII. — Il est curieux de voir les sensations de chaud et celles de froid rester indépendantes les unes des autres ; on est forcé d'admettre qu'elles sont transmises par des voies différentes.

Une femme de 50 ans se blesse à l'avant-bras en cassant une vitre ; inflammation autour de la plaie ; paralysie du nerf médian et du nerf cubital, soit par névrite et périnévrite, soit par compression. La paralysie motrice est complète. Il y a même réaction de dégénérescence. Dans le domaine du médian, anesthésie complète ; dans le domaine du cubital, la patiente ne conserve qu'une sensation, celle du froid : de + 6° à — 10° R. la température des objets peut être appréciée sans mélange d'impression douloureuse.

Les nerfs sensibles au froid ont donc conservé, en apparence, leurs fonctions physiologiques. Mais en réalité ces fonctions sont partiellement compromises : on peut s'en rendre compte en cherchant à provoquer par la faradisation, comme l'ont fait Blin et Goldscheider, la sensation de froid. Ici la faradisation reste sans effet. On peut s'étonner aussi qu'à — 10° R. la malade n'éprouve pas de douleur, et, d'autre part, que ses sensations restent limitées à + 6°. L. GALLIARD.

VIII. — Homme de 45 ans, à tare héréditaire, atteint depuis longtemps de neurasthénie et de débilité cardiaque. Il se fait traiter par un masseur pour la crampe des écrivains. Au bout de 41 séances il est pris de convulsions clo-

niques dans tous les muscles de l'avant-bras et de la main, animés par le radial droit. Ce tic résista 9 mois à toutes les médications imaginables ; il affaiblit beaucoup le malade, parce que les contractions étaient violentes et ne cessaient que pendant le sommeil.

La sensibilité et l'excitabilité électrique demeurèrent intactes.

Il survint un peu d'atrophie de tout le membre supérieur.

L'affection guérit spontanément, sans doute par l'effet de la crainte qu'inspirait au malade une opération en perspective (extension du nerf) (*R. S. M.*, XXX, 118). J. B.

I. — Sulla natura infettiva e sulle alterazioni del sistema nervoso del morbo di Landry, par E. CENTANNI (*La Riforma medica*, 11 *juillet* 1889).

II. — Considérations sur la paralysie générale spinale à marche rapide et curable, par FARINES (*Thèse de Paris*, 1889).

III. — Polioencephalitis superior and poliomyelitis, par SACHS (*New York med. Record*, *p.* 105, *juillet* 27 1889).

IV. — Malaria as a cause of degenerative diseases of the spinal cord, par Morton PRINCE (*Ibidem*, *p.* 105, 27 *juillet*).

V. — Leçons sur le syndrôme bulbomédullaire. Thermo-anesthésie, analgésie et troubles vaso-moteurs), par J. GRASSET (*Montpellier médical*, *août et septembre* 1889).

VI. — Beginnende multiple Sklerose und acute Myelitis, par A. CRAMER (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, *XIX*, *Heft* 3, *p.* 667).

VII. — Ein Fall von Myelitis transversa, Syringomyelie, multiplex Sklerose und secundären Degenerationen, par KIEWLICZ (*Ibidem*, *XX*, *Heft* 1, *p.* 21).

VIII. — Ueber eine sich auf der Conus... (Affection traumatique limitée au renflement terminal de la moelle), par OPPENHEIM (*Ibidem*, *XX*, *Heft I*, *p.* 298).

I. — Dans un cas de maladie de Landry qu'il déclare typique mais dont il ne donne pas l'observation, Centanni a constaté des lésions des nerfs périphériques ; pour lui, les lésions principales de la maladie occupent les troncs nerveux et peuvent de là parvenir jusqu'à la moelle, bien que dans des observations récentes on ait trouvé celle-ci indemne ; dans tous les nerfs périphériques et dans les racines spinales, il a constaté la présence d'un bacille très petit, de forme cylindrique, à extrémités arrondies, dépourvu de spores ; ce bacille occupe l'espace lymphatique de l'endonèvre qui entoure immédiatement la gaine de Schwann et y forme des amas irréguliers et ordinairement abondants. GEORGES THIBIERGE.

II. — La paralysie générale spinale à marche rapide et curable présente de nombreux caractères communs avec la paralysie spinale aiguë de l'adulte et la paralysie générale spinale antérieure subaiguë, de telle sorte que tout en restant jusqu'à un certain point distincte de ces formes, elle ne mérite pas cependant d'être considérée comme une entité morbide distincte et doit rentrer dans le groupe des poliomyélites antérieures. Son étiologie est encore très obscure, et rien ne paraît encore démontré à cet égard. PIERRE MARIE.

III. — Le malade de Sachs est pris d'un ptosis graduellement croissant de l'œil droit, suivi quelques mois après d'un ptosis de l'œil gauche ; bientôt apparaît de la parésie de la musculature externe des deux yeux.

L'œil droit est immobilisé, quelques petits mouvements en dehors et en bas persistent à gauche.

Perte de l'accommodation à la lumière à gauche, examen impossible à droite à cause d'une opacité cornéenne.

Pendant ce développement de l'ophtalmoplégie nucléaire survient une poliomyélite subaiguë affectant la totalité de la jambe droite ; il existe aujourd'hui une atrophie manifeste de ce membre. Le réflexe patellaire a disparu des deux côtés ; pas de troubles de la sensibilité ; aucun symptôme tabétique.

Ce cas prouve que l'affection des noyaux du plancher des troisième et quatrième ventricules relève du même processus pathologique qui fournit les symptômes de la poliomyélite quand c'est la substance grise de la moelle qui est atteinte. P. DUFLOCQ.

IV. — Prince cite un cas d'ataxie chez un paludéen où chaque accès était précédé d'une crise fulgurante. Un autre a des crises gastriques régulièrement chaque mois ; un troisième présente des accès qui commencent par des frissons et qui sont suivis de diarrhée et reviennent toutes les trois semaines.

Il rapporte six autres cas d'ataxie chez des paludéens, deux cas de sclérose disséminée, un cas de sclérose latérale.

Schultze et Erb ont déjà signalé cette étiologie. P. DUFLOCQ.

V. — Dans ce très intéressant mémoire, Grasset étudie l'association de trois symptômes fréquemment rencontrés dans les maladies de la moelle et du bulbe : à savoir l'insensibilité à la température et à la douleur, et les troubles sudoraux ou vaso-moteurs. Cet ensemble symptomatique a été considéré comme la caractéristique clinique de la syringomyélie, mais après une discussion approfondie des observations connues de cette maladie, Grasset prouve qu'il y a de vraies syringomyélies sans cette triade de symptômes, et réciproquement qu'on peut la rencontrer en dehors de toute lésion gliomateuse de la moelle. Il indique également que dans certaines variétés d'ataxie locomotrice ce symptôme s'observe.

L'association de ces troubles fonctionnels tient non pas à la nature de la lésion, mais à son siège : à la lésion des cornes postérieures et du faisceau intermédio-latéral de Clarke correspondent la thermo-anesthésie et l'analgésie, ainsi que les troubles vaso-moteurs. L'ensemble de ces symptômes mérite donc de porter le nom de syndrôme de la substance grise latéro-postérieure, au même titre que l'atrophie musculaire myélopathique peut être dite le symptôme caractéristique de la lésion des cornes antérieures. Quant à l'association des phénomènes bulbaires, elle est démontrée par la présence de troubles fonctionnels dans la sphère du trijumeau, de l'auditif et du lingual.

Le malade sur lequel Grasset a fait ces leçons est un mineur qui en quatre ans avait eu quatre ou cinq crises successives caractérisées par des paralysies de plus en plus graves : il présentait : à droite de la thermo-anesthésie, de l'analgésie, des troubles vaso-moteurs et sudoraux, enfin une contracture du masséter à gauche, une hémiparésie des membres, une paralysie faciale complète, des troubles du goût et de l'ouïe. A. M.

VI. — Une jeune fille de 19 ans avait eu, deux années auparavant, la rougeole, et cette maladie avait laissé comme suites une paralysie des jambes, du rectum et de la vessie. Au printemps suivant ces accidents s'étaient dissipés ; la malade fut prise alors de troubles psychiques (d'abord symptômes)

de manie, puis manifestations hypochondriaques, tentatives de suicide. Elle sucomba à une méningite cérébro-spinale suppurée consécutive à une ulcération de décubitus.

A l'examen microscopique des centres nerveux on ne trouva pas autre chose que les traces de la méningite cérébro-spinale. L'examen histologique fit découvrir une sclérose en plaques, limitée à la moelle, ainsi que des foyers de myélite aiguë. C'est à la sclérose en plaques que l'auteur rapporte la paraplégie initiale, dans les considérations qu'il a développées à la suite de cette observation. E. RICKLIN.

VII. — L'observation de Kiewlicz concerne un paysan de 22 ans qui, ayant fait une chute de cheval, éprouva d'abord des douleurs au cou, avec raideur de la nuque. Trois mois après l'accident, il présentait de la parésie du sphincter, de l'œdème des jambes, de la parésie des membres inférieurs. Anesthésie au niveau de la jambe droite. Exagération très prononcée des réflexes tendineux, surtout dans le côté droit. Plus tard, la contracture envahit les membres inférieurs ; l'anesthésie remonta jusqu'au-dessus de l'ombilic. Finalement le patient succomba aux suites d'une ulcération de décubitus, après deux ans et demi de maladie.

Autopsie. — La moelle était parsemée de taches grisâtres, à localisation variable, occupant surtout les parties moyennes des cordons postérieurs. La portion cervicale de la moelle était creusée d'une excavation qui mesurait 2 à 3 millimètres dans le sens transversal. Sur des coupes de l'hémisphère gauche, on découvrait un certain nombre d'îlots de tissu grisâtre, induré.

L'examen histologique a fait découvrir de semblables îlots de sclérose, non seulement dans l'hémisphère cérébral gauche, mais encore dans la protubérance et dans le bulbe. Dans cette dernière portion de l'encéphale, les faisceaux cérébelleux latéraux et les cordons grêles étaient envahis par une dégénérescence secondaire. La moelle, depuis l'entre-croisement des pyramides jusqu'à l'émergence de la 8me paire dorsale, était traversée par un foyer gris central, creusé d'une excavation ; dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux et cérébelleux latéraux. Sclérose des cordons de Goll, dans toute leur épaisseur. Ilots disséminés de sclérose, dans le reste de l'épaisseur du névraxe. Epaississement de la zone de substance grise corticale. Depuis l'émergence de la 8me paire dorsale jusqu'à celle de la 4e paire lombaire, le névraxe était altéré dans toute son épaisseur. Plus bas, jusqu'au filet terminal, on retrouvait de nouveau le foyer central de dégénérescence grise, la dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux et des foyers disséminés de sclérose. Au sein de ces foyers myélitiques, les parois des vaisseaux étaient infiltrées de substance hyaline, d'où effacement partiel et même total de ces vaisseaux.

Il s'agissait, en somme, d'un de ces cas qu'on a décrits dans ces derniers temps sous le titre de scléroses systématiques combinées. D'après l'auteur, l'enchaînement des lésions centrales doit être compris de la façon suivante. Consécutivement au traumatisme, syringomyélie ; quelques mois plus tard, myélite transverse, avec dégénérescences secondaires ; enfin, dans les derniers temps de la vie, apparition des îlots disséminés de sclérose. La syringomyélie s'est développée à la suite d'une gliomatose centrale. C'est cette dernière qui a provoqué la dégénérescence secondaire des faisceaux pyramidaux latéraux, dans le segment cervical et dans la partie supérieure du segment dorsal.

L'auteur fait ressortir la fréquence de l'intervention du traumatisme dans l'étiologie de la syringomyélie ; d'autres détails intéressants, contenus dans son travail, sont à voir dans l'original. E. RICKLIN.

VIII. — Dans le courant de l'année 1887, le professeur Bernhardt

avait présenté à la société de psychiatrie de Berlin un malade qui à la suite d'une lésion traumatique du rachis était atteint d'une incontinence d'urine et des matières fécales et d'une anesthésie répondant à la zone d'innervation du plexus hémorroïdal. En outre, l'éjaculation était entravée, quoique le malade conservât sa puissance virile.

Oppenheim relate un fait analogue. Il s'agit d'un charpentier qui, à l'âge de 24 ans, était tombé d'un second étage, sur la colonne vertébrale. Il fut admis à l'hôpital de la charité le 19 août (1887) et y succomba le 8 décembre suivant. Les symptômes constatés chez le patient avaient été : de la rétention d'urine, tout au début ; plus tard l'incontinence des urines et des matières fécales ; la suppression des érections et de l'éjaculation ; une sensation d'engourdissement dans la région fessière. Exagération du phénomène du genou ; abolition du réflexe tendineux, au talon. Pas de paralysie motrice aux jambes, pas d'atrophie musculaire. Intégrité de l'excitabilité électrique. Par contre anesthésie de la région péri-anale, de la région fessière, du périnée, du scrotum, du pénis et de la partie postérieure de la face interne des cuisses. Cette anesthésie intéressait tous les modes de la sensibilité. Vers la fin de septembre, le malade, qui se sondait lui-même, fut pris d'une urétrite purulente, le pus ne renfermait pas de gonococcus. Fièvre rémittente dans les derniers temps de la vie, et œdème des pieds.

L'autopsie a fait découvrir les traces d'une myélite traumatique et d'une hématomyélie limitées au renflement terminal de la moelle. Les racines émanant de cette portion du névraxe étaient en partie dégénérées. C'est à ces lésions qu'il faut rapporter les symptômes observés du vivant du malade.

L'auteur constate que ce fait est à peu près unique dans la science, que, d'autre part, les mêmes symptômes ont été observés à la suite d'une affection du plexus hémorroïdal. E. RICKLIN.

I. — **Beiträge zur Ætiologie und Therapie des Tabes, par B. NEFTEL** (*Arch. f. path. Anat. u. Phys.*, *CXVII*, *Heft* 2).

II. — **Tabes dorsal à troubles digestifs complexes : sialorrhée tabétique, par GIRODE** (*France médicale*, 19 *février* 1889).

III. — **Neue Beiträge zur Pathologie des Tabes dorsalis, par OPPENHEIM** (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, *XX*, *Heft* 2, *p.* 131).

IV. — **Sulla sintomatologia della tabe dorsali... (Phénomènes auriculaires et laryngés du tabes), par Alessandro MARINA** (*Rivista sperim. di freniatria*, *XV*, *fasc.* 1 *et* 2, *et Arch. f. Psych. u. Nervenk.*, *XXI*, *Heft* 1).

V. — **Anatomische Untersuchung... (Examen anatomique d'un cas de tabes avec lésion des nerfs moteurs et de leurs racines), par NONNE** (*Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkr.*, *XIX*, *Heft* 3, *p.* 809).

VI. — **Anatomisches Befund... (Altérations anatomiques dans un cas d'abolition unilatérale du phénomène du genou), par PICK** (*Ibidem*, *XX*, *Heft* 3, *p.* 896, 1889).

I. — Neftel admet l'influence pathogénique de la syphilis sur le tabes, soit directe, soit par une action débilitante sur l'organisme.

Toutes les affections qui entraînent un grand affaiblissement dans l'organisme doivent être incriminées dans l'étiologie du tabes : la malaria, le rhumatisme, une série d'autres états dyscrasiques et certaines intoxications joueraient un rôle important à cet égard.

En groupant ses propres observations, Neftel trouve que *tous* ses

tabétiques s'étaient livrés à des excès sexuels; que dans la proportion de 95 0/0, ils étaient atteints de diverses formes de rhumatisme et que 330 0/0 seulement avaient eu la syphilis.

Il pense que le centre principal de coordination des mouvements siège dans l'encéphale; aussi emploie-t-il comme méthode générale du traitement du tabes la galvanisation de l'encéphale, en débutant par celle de la moelle épinière.

Neftel conseille de se servir, pour diminuer notablement les douleurs lancinantes, d'une cloche hémisphérique qu'on applique dans la région dorsale et dans laquelle on fait le vide au moyen d'une pompe à air. L'hyperémie, qui suit au bout de 15 à 20 minutes l'application de l'appareil, calme les douleurs et les fait même disparaître dans certains cas. Ce traitement dirigé contre la douleur sera accompagné de la galvanisation du système nerveux central. ED. RETTERER.

II. — Homme de 50 ans, anciennement alcoolique et syphilitique. Début de douleurs vagues en 1870, devenant fulgurantes en 1875. Depuis lors développement de l'ataxie, qui en 1888 est arrivée à la phase paralytique.

L'intérêt consiste dans quelques symptômes insolites. En 1875, crise gastro-intestinale avec gastrorrhée et entérorrhée pendant 4 jours. Depuis, les attaques se renouvellent, débutant chaque fois par une salivation excessive atteignant près d'un litre, et coïncidant avec la fétidité de l'haleine. La salive est grisâtre et visqueuse, coagulable à la chaleur; elle renferme de l'urée (0,90 par litre). Après ce flux salivaire, la crise gastrique survient au bout de quelques heures avec ses symptômes classiques et, finalement, des symptômes abdominaux caractérisés par de la tympanite et une sensation de brûlure ano-rectale. La sialorrhée disparaît quand les vomissements se calment. DESCHAMPS.

III. — Une première observation détaillée de tabes dorsalis offre surtout à signaler un certain nombre de manifestations présentées par la malade, et en rapport avec des altérations du pneumo-gastrique, du nerf accessoire et du glosso-pharyngien : accélération du pouls, vomissements paroxystiques, accès de toux spasmodique, paralysie des muscles du larynx, dysphagie, dyspnée. La paralysie des muscles laryngiens était remarquable par sa grande extension.

La malade présentait aussi un symptôme qu'on n'avait pas encore décrit jusqu'alors et qui consistait dans des mouvements spasmodiques de déglutition (*crises pharyngées*). Ces crises survenaient spontanément, ou à l'occasion de mouvements de déglutition, ou encore à la suite d'une pression exercée sur la région comprise entre le sterno-cléido-mastoïdien et le larynx, à la hauteur du cartilage cricoïde. Les mouvements spasmodiques de déglutition se succédaient au nombre de 24 à 32 par minute. Les accès avaient une durée variable de 10 à 30 minutes; ils étaient extrêmement pénibles pour la malade. L'auteur a rapproché ces crises des accidents signalés par Jean chez un ataxique. (*Progrès médical*, 1876, n° 20.)

Chez la malade en question, on pouvait aussi provoquer des mouvements respiratoires spasmodiques par la compression du nerf phrénique. L'observation de cette malade abonde d'ailleurs en détails curieux.

L'auteur a donné une description détaillée des altérations du bulbe et des nerfs pneumogastriques, constatées à l'autopsie du sujet et qui rendaient compte des symptômes susdits.

Une seconde observation présente à signaler la rapidité d'évolution du tabes; moins d'une année s'est écoulée entre l'apparition des premiers symptômes et le dénouement fatal. Les symptômes du tabes se sont associés à ceux (céphalalgie, vertige) d'une artério-sclérose du cerveau. Des manifes-

tations en rapport avec une altération des nerfs de la cinquième paire ont figuré parmi les premiers symptômes de la maladie : sensation pénible dans la figure, comme si celle-ci était comprimée par une bande en caoutchouc ; même sensation dans les maxillaires, sur la muqueuse bucco-linguale. Pas d'anesthésie proprement dite.

Ces phénomènes de paresthésie sont allés en augmentant d'intensité. Dans les derniers temps de la vie, les muscles faciaux, linguaux et masticateurs ont été frappés d'incoordination motrice, le malade grimaçait en parlant, et son langage devenait inintelligible.

Déjà, chez son premier malade, Oppenheim avait constaté des troubles d'innervation dans la sphère de la cinquième paire : fourmillements et légère anesthésie à la face, avec difficulté de mastication et de déglutition, due à l'anesthésie de la muqueuse buccale.

Dans un troisième cas de tabes, publié par l'auteur, des troubles de même nature et de même siège ont été constatés ; seulement, chez ce troisième malade, les symptômes d'ataxie, dans les muscles innervés par la cinquième paire, l'emportaient en intensité sur les troubles de la sensibilité. Et pourtant, dans les deux cas, on a trouvé les mêmes altérations, du côté de la cinquième paire : dégénérescence de la racine ascendante et du noyau sensitif, intégrité du noyau moteur, de la substance ferruginée et de la racine descendante. Dans le troisième cas, il y avait, en outre, atrophie du corps restiforme. F. RICKLIN.

IV. — Travail basé sur 40 observations dont le résumé occupe avec l'historique la première partie. — Sur ces 40 tabétiques, 29 présentaient une affection de l'oreille interne ; chez 24, cette affection était pure ; chez 5, elle était mixte. Aucun de ces malades n'a présenté le syndrôme de Ménière. Rien ne peut être encore affirmé sur le siège et la nature de l'altération anatomique. Les troubles de l'ouïe peuvent survenir à tous les stades du tabes. Sur 11 malades examinés à cet égard, 8 présentaient une hyperexcitabilité prononcée de l'acoustique pour les excitations électriques. — Quant à l'appareil pharyngo-laryngé, aucun des 40 tabétiques ne fut trouvé complètement sain. Diminution ou exagération de la sensibilité, dépression de l'épiglotte, augmentation ou diminution des réflexes, parésie des muscles, ataxie des mouvements de la langue. Sur 92 tabétiques, 37 n'avaient pas eu la syphilis ; chez 41, immobilité pupillaire réflexe ; chez 45, signe de Robertson ; chez 24, inégalité pupillaire ; chez 39, myosis ; chez 6, mydriase ; chez 6, ptosis ; chez 12, paralysie musculaire ; chez 9, atrophie du nerf optique ; un seul présenta la réaction paradoxale d'une pupille ; un seul était atteint d'une arthropathie tabétique ; 3 fois on observa une légère paralysie faciale ; 2 fois la chute des ongles ; une malade avait eu des crises clitoridiennes ; un malade présentait la combinaison de la maladie de Basedow avec le tabes, ce dernier étant consécutif à la première. En appendice, l'auteur donne le résultat du traitement par la suspension chez 40 tabétiques, dans la moitié des cas environ il a obtenu de bons résultats. PIERRE MARIE.

V. — Nonne avait publié précédemment une observation de tabes dorsalis compliqué de paralysie motrice et d'atrophie musculaire avec réaction de dégénérescence partielle aux quatre membres. Du vivant du sujet, il avait émis l'hypothèse que ces symptômes d'atrophie musculaire dégénérative étaient en rapport avec une affection des nerfs moteurs de la périphérie, et non avec une extension des lésions du tabes aux cornes antérieures.

L'autopsie du sujet a vérifié l'exactitude de cette hypothèse. Elle a fait constater l'intégrité parfaite de la substance grise des cornes antérieures, et l'existence d'une dégénérescence chronique parenchymateuse des nerfs moteurs et mixtes des membres, avec dégénérescence commençante des muscles. Les altérations névritiques s'étendaient aux racines antérieures. La moelle présentait les lésions classiques du tabes.

E. RICKLIN.

VI. — Chez le malade de Pick, le phénomène du genou était totalement aboli à gauche : à droite, il ne pouvait être mis en évidence qu'à l'aide du procédé de Jendrassik. Comme autres symptômes on notait : une sensation de constriction en ceinture, de la rétention d'urine et des matières fécales, une légère parésie des muscles innervés par le facial à gauche, de l'incertitude de la marche, du tremblement de la langue, des accès convulsifs, du délire des grandeurs. On avait porté le diagnostic de tabes dorsalis compliqué de paralysie générale.

L'autopsie a révélé les altérations suivantes : pachyméningite hémorragique interne chronique, inflammation chronique et épaississement des méninges molles, atrophie du cerveau; dans la moelle, zone de dégénérescence, située à la limite des cordons de Goll et de Burdach, dans la portion cervicale. Sur des coupes transversales de la moelle dorsale, on ne découvrait plus, à gauche, qu'une strie mince de tissu dégénéré, côtoyant la corne postérieure, et, à droite, une strie semblable au centre du cordon de Burdach. Dans les portions les plus inférieures du segment dorsal et dans le segment lombaire, la zone radiculaire à gauche était comprise dans le foyer de dégénérescence. D'où l'auteur conclut, conformément à l'opinion de Westphal, que le centre qui tient sous sa dépendance le phénomène du genou est situé sur la limite commune des segments dorsal et lombaire de la moelle, et que c'est la dégénérescence de la zone radiculaire, à ce même niveau, qui entraîne l'abolition du phénomène du genou. E. RICKLIN.

Deux cas de main plate d'origine nerveuse. Contribution à l'étude des troubles trophiques de la peau dans la névrite, par L. LÖWENFELD (*München. med. Woch.*, *n°* 24, 11 *juin* 1889).

Dans les deux cas, à la suite de symptômes indiquant nettement l'existence d'une névrite, il survint au niveau de la main une altération qui lui donna un aspect rappelant celui du pied plat. Aussi Löwenfeld lui donne-t-il le nom de main plate. Le creux de la main était comblé par un épaississement des tissus portant uniquement sur les parties molles et plus spécialement sur le tissu sous-cutané.

Dans le premier cas, cet épaisissement se produisit d'abord dans le domaine du cubital, puis dans celui du médian. Dans le second, le domaine du médian fut à peu près exclusivement intéressé. La névrite relevait, chez la première malade, peut-être d'une maladie infectieuse, elle était multiple. Chez la seconde, il s'agissait d'une névrite ascendante consécutive à un traumatisme du petit doigt. P. TISSIER.

Sur un cas de paralysie agitante à forme hémiplégique avec attitude anormale de la tête et du tronc (extension), par A. DUTIL (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, *n°* 4, *p.* 165, 1889).

L'observation rapportée par Dutil est remarquable, en ce que la malade qui en fait l'objet présentait une attitude anormale de la tête et du tronc.

L'extension prédominait dans les membres sur la flexion ; la tête et le tronc étaient fortement rejetés en arrière, au lieu d'être rejetés en avant, comme il est de règle.

Westphal, en 1877, avait déjà signalé cette anomalie d'attitude chez un de ses malades; Charcot, en 1888, en a également observé un exemple. Il est important de connaître ces attitudes exceptionnelles, qui pourraient induire en erreur. G. LYON.

Della paralisi agitante, studio clinico, par A. BORGHERINI (*Rivista sperimentale di freniatria, vol. XV, fasc.* 1, 1889).

Quatre observations détaillées dont une avec autopsie. L'auteur attache une grande importance dans l'étiologie à l'hérédité, soit neuropathique, soit arthritique. Les symptômes sont passés en revue, en insistant particulièrement sur quelques-uns ; le tremblement est étudié avec soin (plusieurs tracés) ; l'auteur a, chez deux de ses malades, retrouvé la fréquence du pouls que j'avais signalée chez 30 0/0 des paralytiques agitants ; quant aux différents troubles moteurs il s'efforce d'en donner la physiologie pathologique. Dans une autopsie il a trouvé un épaississement de la névroglie dans toute la hauteur de l'axe médullaire, et des altérations du réseau vasculaire de celui-ci, en même temps que des altérations des racines antérieures, des troncs nerveux périphériques, des masses musculaires et des rameaux du grand sympathique. Sa conclusion est que la paralysie agitante n'est pas une névrose et qu'on peut la considérer avec Dubief comme la sénilité précoce et très marquée du système nerveux. PIERRE MARIE.

Zur Kenntniss und klinischen Bedeutung der idiomusculären Wulstbildung (Contribution à l'étude de la valeur clinique de la contraction idio-musculaire), par RUDOLPHSON (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Band XX, Heft* 2, *p.* 473).

Après un exposé détaillé de l'historique de la question, l'auteur fait connaître ses propres recherches, qui ont porté sur 300 sujets. Le phénomène de la contraction idio-musculaire a été constaté 66 fois 0/0 chez les hommes, 34 fois 0/0 chez les femmes, et 35 fois 0/0 chez les enfants. Pour ce qui concerne spécialement les rapports du phénomène avec la phtisie, la contraction idio-musculaire a pu être développée 39 fois sur 45, chez des phtisiques du sexe masculin, et 11 fois sur 13, chez des femmes phtisiques. La fréquence relative du phénomène est allée en décroissant, dans les maladies suivantes : intoxication saturnine, carcinose, fièvre typhoïde, érysipèle, pneumonie, affections organiques du cœur, troubles digestifs.

Chez les sujets bien portants, la contraction idio-musculaire ne pouvait être provoquée qu'au moyen d'excitations très fortes, plus facilement chez les sujets dont l'âge était compris entre 6 et 14 ans.

La maigreur ne peut pas, par elle-même, créer les conditions nécessaires à l'apparition du phénomène, comme c'est l'opinion de Ziemssen ; la contraction idio-musculaire peut faire défaut chez des sujets très maigres, comme aussi elle peut être provoquée chez des personnes très grasses. La véritable cause du phénomène a été indiquée par Litten ;

elle réside dans l'état de tuméfaction trouble des fibres musculaires, qu'engendre la fièvre. Si le phénomène se rencontre chez des sujets sains, pendant le jeune âge, c'est qu'à cette période du développement les muscles contiennent des fibres dégénérées. E. RICKLIN.

I. — The signifiance of the crepitant rale, par Fr. JACKSON (*New York med. Record, p.* 510, 11 *mai* 1889).

II. — Notes sur quelques phénomènes d'auscultation et de percussion, par H. SECRÉTAN (*Revue méd. de la Suisse romande, IX, janv. et fév.* 1889).

III. — Della propagazione del rumore respiratorio nelle cavita gastrica ed abdominale, par Umberto GABBI (*Arch. ital. di clin. med., juin* 1889).

IV. — The movements of the thorax and lungs considered in their relation to pulmonary diseases, par J.-W. ROOSEVELT (*New York med. Record, p.* 566, 25 *mai* 1889).

I. — Voici les conclusions de l'auteur :

1° Le râle crépitant n'est pas pathognomonique de la pneumonie.

2° On peut l'entendre aussi dans la pleurésie sèche, la tuberculose pulmonaire et la bronchopneumonie.

3° Il est très probable que ce râle est dû à l'inflammation de la plèvre.

4° Il n'est pas démontré qu'il existe dans l'œdème du poumon et dans l'apoplexie pulmonaire. P. DUFLOCQ.

II. — Le bruit de percussion normal est un mélange de vibrations, constitué surtout par les vibrations de la paroi costo-thoracique, celles de l'air contenu dans le poumon mêlées à celles des parois alvéolaires élastiques. Si un phénomène pathologique supprime l'un de ces éléments constitutifs, ce bruit pourra prendre un caractère tympanique et musical.

Le son de percussion est tympanique quand la percussion détermine la vibration en masse d'un volume d'air d'une certaine grandeur, que cet air soit contenu dans une cavité pathologique, dans les tuyaux bronchiques ou dans le poumon détendu, revenu sur lui-même. Ce dernier cas est réalisé en particulier dans l'épanchement pleurétique. Les parois élastiques des alvéoles se détendent et deviennent incapables de vibrer ; l'air, contenu dans un poumon détendu, constitue une cavité résonnante. Le bruit de percussion est analysé pour ainsi dire et réduit à deux de ses éléments, les vibrations de la paroi thoracique et celles d'une cavité d'air, le son prend alors un caractère musical.

Le son tympanique peut être plus ou moins net, suivant que le son fondamental apparaît plus ou moins nettement, au milieu des vibrations hétérogènes. Il peut varier de hauteur suivant le volume de la cavité résonnante et suivant qu'elle communique ou non avec l'air extérieur. Il est plus ou moins intense, suivant que les parois qui font vivrer l'air sont susceptibles de vibrations plus ou moins amples.

Le murmure normal de la respiration résulte d'un mélange de bruits constitué surtout par le souffle des bronches et le bruit vésiculaire. Les phénomènes pathologiques réduisent ce bruit. L'un de ses éléments supprime entièrement ceux-ci.

Quand un exsudat intra- ou extrapulmonaire supprime la partie alvéolaire du poumon où naît le murmure vésiculaire, on n'entend plus que

les vibrations déterminées par le passage de l'air dans les bronches; si cet exsudat est solide, il conduit très bien le son et le souffle sera tubaire et très intense. Si c'est un liquide qui supprime le murmure vésiculaire, comme il conduit moins bien le son, le souffle sera plus doux et lointain.

La pectoriloquie aphone ou perception de la voix éteinte existe toutes les fois qu'on entend le souffle bronchique. Elle est d'autant plus intense que le souffle est plus marqué. Sa production et son intensité ne dépendent en aucune façon de la cause qui produit le souffle.

Dans la pneumonie aiguë et les épanchements pleurétiques, on peut entendre au début la voix soufflée nettement, avant que le souffle respiratoire soit bien marqué.

En somme, la voix soufflée n'est qu'un artifice pour aider à la perception du souffle en déterminant dans les bronches un courant d'air très rapide, accompagné de la vibration des fosses bucco-nasales.

Dans 2 cas de pleurésie diaphragmatique gauche, Secrétan a constaté que la percussion du thorax du côté malade donnait un son tympanique, remontant très haut du côté de l'aisselle, à cause du voisinage de l'estomac.

J. B.

III. — La propagation du bruit respiratoire dans le voisinage de l'estomac et même dans des points plus éloignés de la cavité abdominale a déjà été signalée au cours de divers états morbides. On l'a souvent confondue, à tort, avec les phénomènes stéthoscopiques produits par le passage des gaz de l'intestin dans le péritoine, ou quelquefois avec des frottements péritonéaux. Mais l'observation clinique et anatomique démontre nettement l'existence de ce bruit propagé, sans perforation de l'intestin, et sans confusion possible avec les frottements péritonéaux.

La propagation du bruit respiratoire au voisinage de l'estomac, chez les adultes sains, est rare dans les respirations tranquilles et régulières, moins rare dans les respirations forcées, et plus fréquente chez les enfants. La propagation de ce bruit dans l'abdomen ne s'observe jamais chez les adultes bien portants, mais elle peut se rencontrer chez les enfants.

Cette propagation s'observe toujours autour de l'estomac, et fréquemment dans l'abdomen quand il existe des adhérences pleurales diffuses et en particulier des adhérences entre la plèvre gauche et le diaphragme.

La propagation à l'abdomen se fait régulièrement quand il existe une péritonite chronique, ou quand la cavité abdominale contient du liquide.

Quelquefois cependant ce bruit a pu se propager jusqu'au pubis sans que ce phénomène ait été en rapport avec une lésion quelconque du péritoine.

A. SIREDEY.

IV. — De considérations anatomiques et physiologiques, Roosevelt tire les conclusions suivantes :

1° Il est impossible de démontrer qu'aucune partie du poumon, toute proportion de volume gardée, se meuve moins qu'une autre pendant l'acte respiratoire.

2° La partie du poumon qui semble, étant données nos connaissances, se mouvoir le moins est celle qui avoisine la partie la plus interne de l'organe.

3° Il est impossible dans aucun acte d'expiration forcée que les parties

supérieures du poumon soient distendues par l'air chassé des parties inférieures.

4° Il n'est pas aujourd'hui d'explication plausible, du fait réalisé fréquemment en clinique, de la prédisposition de certains lobes à fixer les bacilles inhalés. P. DUFLOCQ.

I. — Ueber Lungensarcom, par A. HUBER et KLEBS (*Corr.-Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 106, *février* 1889).

II. — Ueber eine Fall von Echinococcus der Lunge, par BRUNN (*Deutsche med. Woch., n°* 18, *p.* 355, 1889).

III. — Zur primären Lungenactinomycose, par LARER (*Wien. med. Presse, p.* 1065, 1889).

I. — Exemple rare de sarcome pulmonaire avec expectoration de parcelles de la tumeur. La littérature ne contient qu'une observation analogue, due à Hampeln (*Petersburg. med. Woch.*, 1876).

Etudiant de 21 ans ayant eu à la fin de 1887 un ostéosarcome de la tête du tibia gauche pour lequel Krœnlein lui pratiqua l'amputation de la cuisse le 27 février 1888. Guérison sans accidents et santé parfaite jusqu'à la fin de juin. A cette date eut lieu, inopinément, la première expectoration d'un grumeau dur, rouge foncé, gros comme l'ongle. Le même phénomène se répéta dès lors tous les 8 ou quinze jours, en s'accompagnant parfois d'un petit crachement de sang. A la fin de septembre, on constate dans l'espace interscapulaire gauche un peu de submatité, de la respiration rude et quelques râles. L'examen d'un des grumeaux expectorés y révèle la présence de nombreuses cellules géantes et de grosses cellules sarcomateuses uninucléées.

Quelques semaines plus tard, pleurésie hémorragique avec refoulement du cœur à droite. L'expectoration de débris de tumeur continue rapidement aux mêmes intervalles, toujours suivies d'un crachement de sang frais de 50 à 100 grammes ; ces débris atteignent parfois la grosseur du pouce, ils sont tantôt sphériques, tantôt aplatis. Leur structure microscopique est toujours identique. Sous la peau de la région fessière droite, se développe une tumeur de la grosseur d'un œuf. Mort par œdème pulmonaire, le 30 novembre 1888.

Autopsie. — Poumon gauche très augmenté de volume. Toute sa partie moyenne est occupée par une tumeur noirâtre ayant 10 centimètres en tous sens et ramollie au centre. Le sommet de ce poumon renferme de nombreux noyaux semblables, en partie ramollis. La bronche et l'artère du lobe inférieur gauche sont remplies par une masse brune qui remonte jusque dans le tronc de l'artère pulmonaire. Dans les endroits où ces masses morbides sont attenantes aux bronches, leur aspect est différent : elles se composent d'une sorte d'enveloppe dense, blanchâtre, en partie calcifiée, entourant le noyau dans lequel elles s'enfoncent avec les bronches.

Le poumon droit contient, dans son sommet, un seul noyau blanchâtre avec tractus brunâtres. Au point de confluence des 3 lobes, se trouve un gros noyau sous-pleural enkysté, rouge brunâtre à la coupe. Artères et veines sont envahies. Le lobe occipital gauche renferme une tumeur sphérique, noirâtre, grosse comme une noix, qui n'a donné lieu à aucun symptôme. J. B.

II. — Un médecin souffrant depuis plusieurs années de catarrhe des voies respiratoires est atteint, en septembre 1887, de pneumonie du sommet gauche, avec formation consécutive de caverne, sans bacilles. Sueurs noc-

turnes, fièvre, perte de l'appétit, perte des forces, tout fait penser à la tuberculose. Le vin créosoté produit une amélioration notable.

En janvier 1888, le sujet est en état de reprendre ses occupations, mais il crache encore tous les matins des matières grisâtres, fétides. En juin, les signes d'excavation existent, non pas à la pointe du poumon, mais au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux gauches. Au milieu d'octobre, frisson, accès de dyspnée, expectoration d'une membrane que les histologistes reconnaissent pour un débris d'hydatide. Il se rappelle alors en avoir craché une semblable six mois auparavant.

Le phénomène se reproduit le lendemain. Depuis cette époque, la guérison s'est effectuée d'une façon définitive. L. GALLIARD.

III. — Un maçon de 48 ans, n'ayant eu d'autre maladie que la rougeole et la fièvre typhoïde, se plaint, au mois de mai 1888, d'une sensation de pesanteur dans la poitrine, puis il se met à tousser et à rejeter quelques crachats. Au mois de juillet, apparition au niveau du sternum d'une bulle grosse comme un œuf de poule, à laquelle succède une ulcération.

Cette ulcération ayant résisté à la médication locale, le malade se présente le 8 septembre à la clinique de Wölfler, à Graz. On constate dans le pus de nombreux grains d'actinomyces et l'on renonce, à cause de ce fait, à toute intervention.

Le 27 septembre, le sujet passe dans le service de clinique médicale. Le côté droit du thorax est plus proéminent que le gauche; submatité et bruit sodique au-dessous de la clavicule jusqu'à l'espace intercostal; à ce niveau bruit de pot fêlé. Exagération des vibrations thoraciques, souffle bronchique, bromophonie, râles secs, peu abondants. A la base du poumon, en arrière et dans l'aisselle, quelques râles de bronchite. Emphysème sous-cutané au niveau du mamelon sur un cercle ayant 4 centimètres de diamètre. Les crachats contiennent des actinomyces.

La plaie médico-sternale conduit dans une cavité qui sécrète du pus non fétide, mêlé d'actinomyces.

Anémie, état cachectique. Le nombre des globules rouges est tombé à 2,400,000; l'hémoglobine a diminué des 3/4. La température s'élève le soir à 38°,5, rarement à 39°.

Mort le 23 décembre.

Autopsie. — Les fistules situées au fond de la plaie entre la troisième et la quatrième côte permettent au stylet de s'enfoncer dans la cavité thoracique; les côtes sont mises à nu par la suppuration. Le poumon droit est adhérent à la paroi. Le foyer actinomycosique existe entre cette paroi et le lobe supérieur qui est transformé en un moignon fibreux. D'autres abcès se trouvent entre la base du poumon et le diaphragme.

L'auteur admet que les champignons ont d'abord envahi le poumon droit; ils se sont fixés au sommet, contrairement à ce qu'on voit dans plusieurs observations ; ils ont envahi secondairement la paroi thoracique pour se faire jour à la peau.

Il est difficile de découvrir l'origine de l'infection, le sujet n'ayant rien à faire avec le bétail, ne possédant pas de dent cariée, n'offrant aucune lésion buccale.

L'auteur insiste sur les caractères des crachats. Dans ce cas la masse totale variait de 15 à 30 grammes en vingt-quatre heures; les crachats étaient épais, compacts, non aérés, verdâtres, avec des stries sanguines, d'odeur fade. Les grains d'actinomyces s'accumulent au fond du vase grâce à leur densité ; on les distingue facilement des flocons muqueux et des masses purulentes. L. GALLIARD.

I. — Étiologie de la pneumonie aiguë, par Pasquale FERRARO (*Arch. ital. di clin. medic., juin* 1889).

II. — Un cas de paralysie pneumonique, par FORTIN (*Normandie médicale,* 1er *mai* 1889).

I. — On a déjà signalé dans plusieurs observations de pneumonie la présence de divers microbes à la place du diplococcus pneumoniæ. Weichselbaum, Wolf, Bozzolo, Monti, ont rencontré *le staphylococcus* pyogenes aureus et albus. Ces observations se rapportent surtout à ces cas de pneumonies adynamiques à évolution incorrecte, *atypique*, qui cliniquement et anatomiquement diffèrent de la pneumonie fibrineuse classique. Aussi a-t-on discuté plus d'une fois l'unicité ou la multiplicité du virus pneumonique.

L'auteur a observé chez un jeune homme une affection de ce genre caractérisée par des phénomènes infectieux adynamiques avec manifestations locales sur le poumon droit, indiquant une de ces pneumonies bâtardes. Le malade succomba à la fin de la première semaine sans avoir présenté de signes nets d'hépatisation. A l'autopsie, on constata dans le poumon droit un foyer ressemblant au tissu de la rate ramollie plutôt qu'à celui du foie, et un épanchement fibrino-purulent dans la plèvre correspondante. Les autres organes ne présentaient pas de lésions importantes, à l'exception de la rate qui était notablement augmentée de volume et très molle.

Une étude des différents viscères, au point de vue bactériologique, fit découvrir dans le poumon malade, dans la rate et les veines, le staphylococcus pyogenes albus « comme seul germe pathogène ».

L'auteur en fit des cultures qui, inoculées à des animaux, reproduisirent divers phénomènes d'infection, et principalement du côté des poumons, de la plèvre, du péricarde et du péritoine.

Il pense que ce fait doit s'ajouter au dossier sur lequel s'appuie la doctrine de la multiplicité du virus pneumonique. A. SIREDEY.

II. — L'observation de Fortin concerne un homme de 73 ans, athéromateux qui, dans la deuxième semaine d'une pneumonie du côté droit, est pris de paralysie des membres et de la face du même côté ; il existe un peu d'aphasie. Au bout de 8 jours ces accidents diminuent et, trois semaines plus tard, il ne reste qu'un peu de faiblesse dans le membre inférieur. Une embolie bactérique a été probablement la cause de cette hémiplégie. OZENNE.

I. — Des pleurésies métapneumoniques, etc., par CHESSERET (*Thèse de Paris,* 1889).

II. — Sur un cas de pleurésie purulente métapneumonique, etc., par SEVESTRE (*Soc. méd. des hôp., juillet* 1889).

III. — Casuistisch statisticher Beitrag zur operativen Behandlung des Empyems, etc., par Benedikt SIMONETT (*Thèse de Bâle* 1889, *et Corr.-Blatt f. schw. Aerzte,* 15 *juillet* 1889).

IV. — Compression élastique jointe à l'emploi de résections costales peu étendues dans le traitement de l'empyème, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. de Montpellier,* n° 49, 1888).

V. — Lungenabcess, Gangrän, Pneumotomie, etc., par Th. OPENCHOWSKI (*Zeitchs. f. klin. med., XVI, p.* 393).

VI. — Case of bronchectasis treated by antiseptics and drainage, par Edw. MAIKEY (*Brit. med. j., p.* 660, *septembre* 1889).

VII. — Gangrenous abcess of the lung treated by incision and drainage, par SMITH (*The Lancet,* 20 *juillet* 1889).

VIII. — A case illustrating the value of surgical treatment of pulmonary cavities, par Delpratt HARRIS (*Brit. med. j., p.* 994, *mai* 1889).

IX. — Dermoid Cyst... (Kyste dermoïde de la paroi thoracique communiquant avec une bronche), par Rickmann GODLEE (*Brit. med. j., p.* 945, *avril* 1889).

X. — Pyothorax subphrenicus, par SCHEURLEN (*Berl. kl. Woch., p.* 287, 1er *avril* 1889).

I. — Les pleurésies méta-pneumoniques sont le plus souvent séro-fibrineuses; c'est une complication fréquente de la pneumonie, qui passe facilement inaperçue, et qui, retardant la guérison, ne l'entrave généralement pas. La gravité est tout autre quand l'épanchement devient purulent.

LEFLAIVE.

II. — Il s'agit d'un garçon de 7 ans, fils d'une mère tuberculeuse, qui, au décours d'une pneumonie du sommet gauche, présenta les signes d'un gros épanchement pleural, avec déplacement du cœur. Une ponction dans le septième espace intercostal permit de retirer 300 grammes; dix jours après, une autre ponction dut être faite dans le deuxième espace pour évacuer une seconde poche; enfin, la persistance d'une troisième poche nécessita la pratique de l'empyème; le pus qui fut retiré *ne contenait que des pneumocoques.* La plèvre fut largement lavée à l'eau boriquée; des retours de fièvre obligèrent à réitérer les injections boriquées; mais la quantité d'écoulement purulent ne diminuant pas, Sevestre eut recours à une injection de sublimé, suivie d'injections boriquées. Le pus diminua rapidement et l'enfant était guéri à la fin de mai, deux mois après la première ponction. Cadet de Gassicourt cite en comparaison un cas de *pleurésie à streptocoque* chez une enfant chétive, et qui guérit à la suite d'une simple ponction. H. LEROUX.

III. — Courvoisier a pratiqué à l'hôpital de Riehen 19 opérations pour 15 pleurésies purulentes, savoir : 1 ponction simple inefficace et bientôt suivie de résection costale, 13 résections costales simples, dont 9 eurent le résultat désiré, 1 avec 2 thoracoplasties ultérieures, 2 avec mort par tuberculose, 1 avec suppuration interminable de la fistule, l'opéré ayant quitté prématurément l'hôpital.

Dans les 9 cas guéris, la durée moyenne du traitement post-opératoire a été de trente-neuf jours seulement.

D'autre part, Immermann a traité à l'hôpital de Bâle 5 pleurésies purulentes par le drainage avec aspiration. Les 2 pleurésies purulentes simples ont guéri au bout de soixante-treize et de cent cinquante-trois jours; des 3 pyopneumothorax, 2 sont morts et le 3e phtisique est encore en traitement.

A ces 20 observations précitées, Simonett a joint celles consignées dans la littérature. Il a ainsi réuni 107 cas de thoracotomie simple qui ont donné 60 guérisons, 12 fistules et 35 morts; la durée moyenne de temps nécessaire à la guérison a été de soixante-quinze jours.

De 79 résections costales simples, 55 se sont terminées par guérison,

6 non, et 18 par la mort ; le laps de temps moyen pour la guérison a été de soixante-trois jours.

Enfin, les 52 thoracoplasties ont fourni 12 guérisons, 24 améliorations, 3 insuccès et 13 morts.

Simonett conclut : Même dans les cas récents, on ne doit pas faire l'incision intercostale sans résection de côtes, parce qu'elle donne trop peu d'espace, facilite la stagnation du pus et retarde considérablement la guérison. J. B.

IV. — Homme de 38 ans, atteint de pleurésie gauche, depuis janvier 1888. Première ponction en mars, suivie de deux autres et d'un empyème en avril. Drainage mal fait et insuffisant ; accidents de rétention purulente : fistule permanente fétide, entraînant un mauvais état général, En octobre, Dubrueil résèque 1 centimètre de la 7e côte, puis, pour faciliter la coaptation du poumon et de la paroi thoracique, il applique un appareil de Sayre sur le thorax, en respectant la 7e côte, qu'il entoure d'une bande élastique en caoutchouc. Résultat excellent et guérison rapide. A. MOSSÉ.

V. — Malade de 32 ans, ayant eu, trois mois auparavant, une vomique. Depuis, il maigrit, tousse, a de la fièvre. Au sommet droit on trouve tous les symptômes stéthoscopiques d'une caverne. L'expectoration devenant absolument putride, et des phénomènes d'infection générale augmentant sans cesse, on fait la pneumotomie. Après résection des 5e et 6e côtes sur une longueur de 10 centimètres environ, on trouve les deux feuillets de la plèvre complètement accolés, et l'on incise directement le foyer pulmonaire au thermocautère. Toux, issue abondante de pus. En introduisant quatre doigts de la main on peut constater la communication de la caverne avec la grosse bronche ; on peut aussi, sans hémorragie, enlever la couche superficielle sphacélée. La paroi de la caverne et la bronche sont touchées au thermocautère. Lavage de la cavité avec une solution faible et tiède de permanganate de potasse ; drain, pansement antiseptique. Le drain put être supprimé au bout d'un mois ; la cicatrisation était complète au bout de deux. Deux ans après l'opération, guérison parfaitement maintenue.

Sur 16 cas analogues de pneumotonie empruntés à divers auteurs, on a rencontré 4 guérisons complètes et 2 guérisons avec persistance d'une fistule. F. PLICQUE.

VI. — Garçon de 20 ans, chétif, mais non phtisique, toussant depuis quatre ans. La cinquième année, dyspnée, hémoptysies, crachats fétides : signes physiques de sclérose pulmonaire à la base droite ; apparence d'un tuberculeux, déformation hippocratique des phalanges. L'auscultation donne les signes d'une vaste caverne à un pouce au-dessous de l'angle de l'omoplate.

Après différents essais de traitement médical (benjoin, sulfocarbonate de soude, inhalations d'acide phénique et de résorcine), il parut y avoir un mieux réel au point de vue de la quantité et de la fétidité des crachats.

Deux mois plus tard, essais infructueux d'injections intra-pulmonaires d'huile créosotée, au moyen d'une seringue de Pravaz. Les accidents continuent et les phénomènes de septicémie s'aggravent.

Opération le 26 avril. Section du muscle intercostal au point où s'entendent les signes cavitaires. On met à nu la plèvre qui est adhérente, et on enfonce un trocart dans le poumon, qui ramène quelques gouttes de pus, mais pas assez pour tenter la pneumotomie.

Deux ponctions aspiratrices sont faites alors, mais ramènent tant de sang, et provoquent tant de quintes de toux, que l'opération est suspendue, sans qu'on ait rien obtenu. La canule est laissée en place.

Huit jours après, nouvelle tentative. Cette fois, l'incision est faite à tra-

vers le poumon et tombe dans la cavité. Drainage et injections boriquées quotidiennes. A partir de ce moment, diminution des crachats et disparition de la fétidité : mais quelques jours après elle reparaît, avec des signes de gangrène pulmonaire. Mort le 1er juin.

A l'autopsie, cavités multiples séparées par des tractus fibreux, et remplissant tout le lobe inférieur. Une de ces cavités est en communication avec l'extérieur, mais le drainage est insuffisant. Le sommet du poumon est également induré. H. R.

VII. — Femme de 39 ans, malade depuis deux mois environ, et dans un état presque désespéré, quand on se décide à pratiquer l'opération. L'incision ne donna pas issue à plus d'une once de pus, d'ailleurs entièrement fétide. Mais depuis le drainage de la cavité, l'amélioration a été continuelle. L'expectoration a cessé de présenter la moindre odeur, l'écoulement par les drains a perdu également sa fétidité, l'appétit est revenu et la toux a cessé presque complètement. Toutefois les drains n'ont pas encore été retirés au moment ou est publié l'observation. Le résultat final est donc inconnu.

A. F. PLICQUE.

VIII. — Relation très intéressante d'un cas d'abcès pulmonaire consécutif à une suppuration périnéphrique d'origine calculeuse. Le malade avait une fistule lombaire quand on l'envoya au bord de la mer : il y fut pris de frisson et de fièvre, puis trois semaines après on constata de la fétidité de l'haleine, des crachats gangreneux, et les signes d'une pneumonie, suivie bientôt de l'apparence d'une caverne. Une ponction exploratrice fut pratiquée au point où s'entendait la pectoriloquie aphone, et elle ramena du pus fétide. Empyème, incision pulmonaire sur l'aiguille comme conducteur, drainage et lavages antiseptiques. Guérison. H. R.

IX. — Une femme de trente ans éprouve, il y a quelques années, une vive douleur dans la poitrine, suivie d'une pleurésie qui devient purulente, et s'ouvre dans les bronches en donnant lieu à des vomiques. Ces symptômes s'atténuent et font place à un état de fièvre hectique avec déformation des phalanges : puis se produit un gonflement douloureux dans la région axillaire droite. L'empyème pointait évidemment vers les téguments. On incisa la tumeur, et en ouvrant la cavité on y trouva non seulement du pus, mais des cheveux noirs. Ceux-ci provenaient d'excroissances adhérentes à la face interne du derme, et qui étaient évidemment le vestige d'un kyste dermoïde. Ce kyste communiquait avec les bronches, car à plusieurs reprises la malade avait expectoré des cheveux dont elle ne s'était jamais expliqué la provenance. H. R.

X. — Jeune fille de 20 ans, offrant les symptômes d'une pleurésie aiguë. Depuis l'apparition des menstrues, à l'âge de 16 ans, douleurs d'estomac, renvois aigres, vomissements et phénomènes de chlorose. A la fin de décembre 1887, elle vomit brusquement plus d'un litre de sang. Après sept mois de bonne santé, retour des vomissements, point thoracique gauche, frissons, dyspnée ; à la base du poumon gauche, en arrière, matité remontant jusqu'à l'angle scapulaire et frottements pleurétiques. Une ponction exploratrice dans le cinquième espace intercostal révèle un épanchement séreux. Aggravation d'état ; sueurs, exacerbation de la fièvre, délire. Une ponction dans le septième espace intercostal donne issue à un pus sanieux. Résection de 5 centimètres de la septième côte, évacuation de 300 centimètres cubes de sérosité pure. La ponction exploratrice, pratiquée à travers le diaphragme qui bombe contre la paroi thoracique, met à jour du pus sanieux, remplissant une vaste cavité qu'on incise immédiatement. Au bout d'une quinzaine, apyrexie ; guérison du pneumothorax provoqué par l'opération. Le 10 janvier, frissons, 40° ; au-dessus de l'ancienne cicatrice, matité ; une ponction à ce niveau amène du pus. Résection costale donnant issue à cinq cuillerées à

bouche de pus. Le 13 et le 17 janvier, réapparition des frissons qui font admettre l'existence d'un abcès profond introuvable. Le 22 janvier, cinquante-sept jours après la première opération, mort au milieu de symptômes de péritonite généralisée.

Autopsie. — La rate, un peu augmentée de volume, renferme un abcès gros comme un œuf de poule, tapissé par une membrane résistante, rempli de pus visqueux et communiquant avec un abcès situé entre le pancréas et l'intestin, et ouvert lui-même dans la cavité abdominale. L'abcès sous-diaphragmatique était complètement cicatrisé, grâce à la soudure de la rate à la paroi thoracique. Cicatrices dans l'estomac et les reins. Cœur et poumons normaux.

En résumé, il s'agissait ici, comme maladie première, d'un ulcère rond de l'estomac ayant causé des infarctus.

On connaît présentement 34 observations d'abcès sous-diaphragmatiques, dont 13 contenaient en même temps des gaz; 15 d'entre eux siégeaient à gauche (11 femmes) et 19 à droite (14 hommes). 17 seulement ont été reconnus pendant la vie. 6 se sont terminés par guérison, dont 1 spontanément, et 5 après une opération; 5 de ces abcès guéris siégeaient du côté droit.

Le pronostic est donc assez triste, car cette mortalité de 82,35 0/0 est inférieure à la réalité, puisqu'on ne publie pas tous les cas et qu'on ne diagnostique pas toujours l'abcès sous-diaphragmatique.

La cause a été 11 fois un ulcère gastrique; 4 fois un ulcère duodénal; 6 fois une inflammation ou une perforation de l'appendice vermiforme; 3 fois un traumatisme; 3 fois un abcès du foie; 2 fois un abcès de la rate; 1 fois un cancer de l'estomac; 1 fois une perforation occasionnée par une épingle à cheveux avalée; 3 fois la cause est demeurée inconnue.

Le diagnostic du pyopneumothorax sous-diaphragmatique repose sur les commémoratifs, les signes physiques, le manque de toux et d'expectoration au début, l'absence des causes ordinaires de la pleurésie purulente, le déplacement des organes abdominaux. Les malades accusent des douleurs très caractéristiques, partant des hypocondres et irradiant jusqu'à l'épaule; la fièvre est considérable, il y a du délire et tous les signes d'un épanchement pleural d'intensité moyenne.

Le diagnostic devient très difficile lorsque, comme dans plus de la moitié des cas, il y a complication d'exsudat pleurétique. A la limite de la matité, on perçoit toujours des frottements pleuraux; il y a de la paralysie du diaphragme et du côté gauche, disparition de l'espace semilunaire. Le déplacement du lobe gauche du foie, non plus que celui du cœur, n'est pas constant. La ponction exploratrice fournit le moyen diagnostic le plus important. Le pus est toujours sanieux; lorsque, ponctionnant dans deux espaces intercostaux différents, on obtient de la sérosité dans l'espace le plus élevé et de la sanie (non du pus) dans l'espace inférieur, on peut conclure d'une façon sûre à l'existence d'un abcès sous-diaphragmatique, parce que les deux collections liquides sont manifestement séparées par une membrane qui n'est autre que le diaphragme. (*R. S. M.*, V, 51; XI, 553; XV, 739; XVI, 540; XIX, 69; XXVIII, 508 et 653; XXIX, 243.) J. B.

Ueber die Heilbarkeit der Lungentuberculose (Sur la curabilité de la tuberculose pulmonaire), par KURLOW (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLIV, p.* 438).

On sait que la transformation fibreuse et la caséification sont considérées comme deux modes de guérison de la tuberculose pulmonaire. Dans quelle mesure cette apparence est-elle justifiée? C'est ce que Kurlow a recherché par des inoculations pratiquées sur le cobaye. Ces inoculations ont été faites dans le péritoine. Il a utilisé pour ces inoculations des particules soit de tissu scléreux, soit de noyaux crétifiés. Les inoculations n'ont été négatives que lorsqu'il a employé pour les faire soit du tissu purement scléreux, soit de la matière crétifiée. L'inoculation devenait positive au contraire toutes les fois qu'il y avait eu introduction dans le péritoine d'une petite quantité de matière caséeuse incomplètement crétifiée. Il résulte de cela que si la transformation scléreuse et la crétification peuvent être, à bon droit, considérées comme des modes de guérison de la tuberculose pulmonaire, on ne doit cependant les considérer comme telles que si la transformation est complète. Le plus souvent, malheureusement, la guérison est incomplète, et il persiste des points dans lesquels se retrouvent des bacilles; de là la fréquence des auto-infections secondaires. A. MATHIEU.

Comparative results of ninety (90) cases of pleurisy, with special reference to the development of phtisis pulmonalis, par Vincent-Y. BOWDITCH (*Med. News*, 20 *juillet* 1889).

Après avoir rappelé les études faites sur ce point spécial, B... donne la statistique de 90 cas de pleurésie soignés par son père et sur lesquels il a établi une enquête minutieuse. Ces malades ont été soignés de 1849 à 1879. Voici le résultat des renseignements qu'il a pu obtenir dans ces 90 cas.

De 1849 à 1852, 30 malades: 11 encore vivants, 2 état de santé inconnu; 17 morts dont 18 de phtisie, 5 d'autres causes.

De 1860 à 1869, 19 cas, 7 vivants, 12 morts dont 9 de phtisie.

De 1870 à 1879, 41 cas, 25 vivants sans lésions pulmonaires, 15 morts, dont 9 de phtisie.

En étudiant les détails, on voit que pour la première décade, un est mort de phtisie 18 ans après la pleurésie, 3 entre 10 et 15 ans après, 9 7 ans; pour la seconde décade, 1 mort 18 ans après, 2 entre 10 et 15 ans, 6 en moins de 5 ans. Dans la troisième décade, 1 onze ans; 1 dix ans, 7, sept ans; 1 encore vivant, devient phtisique, 10 ans après sa pleurésie.

A. C.

Contributo allo studio della bronchite fibrinosa acuta primitiva specialmente in rappore alla sua etiologia, par Luigi PICCHINI (*Arch. ital. di clin. medic., avril* 1889).

Il s'agit de trois ouvriers qui, travaillant à une tuilerie, se trouvaient dans une sorte de fosse où ils respirèrent pendant plusieurs jours les émanations d'une fosse d'aisance et celle d'une eau souillée par cette fosse. Ils furent pris à la fois d'accidents cutanés et pulmonaires.

La lésion de la peau consistait en une sorte de dermite toxique sans gravité. Mais, du côté de l'appareil respiratoire, il se développa une bronchite

aiguë, avec exsudat fibrineux, accompagnée d'accidents assez graves, et qui néanmoins guérit.

L'examen des sécrétions bronchiques y décela la présence de microorganismes appartenant à trois variétés différentes.

Des cultures de ces parasites furent injectées sous la peau, dans la plèvre et le péritoine d'animaux, sans résultat.

Deux variétés injectées dans la trachée, donnèrent des résultats divers.

Des injections faites avec des cultures parfaitement pures, déterminèrent des lésions fibrino-hémorragiques des bronches, sinon identiques, du moins fort analogues à celles que l'on observe dans la bronchite pseudo-membraneuse.

Après plusieurs cultures successives, l'influence pathogène du microbe semblait s'éteindre. A. SIREDEY.

I. — Zur pathologischen Anatomie der geschwürigen... (Anatomie pathologique des ulcères du tube digestif), par Th. von OPENCHOWSKI (*Arch. f. path. Anat. u. Phys., Band CXVII, Heft* 2).

II. — Sull' ulcera dello stomaco d'origine traumatica, par VANNI (*Lo Sperimentale, juillet* 1889).

III. — Die Gastritis der Phthisiker... (Anatomie pathologique de la gastrite des phtisiques), par SCHWALBE (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Band CXVII, Heft* 2).

IV. — The behavior of hydrochloric acid... (Présence d'HCl dans l'estomac des phtisiques), par EINHORN (*New-York med. Record., p.* 483, 4 *mai* 1889).

I. — Openchowski soumit à l'examen microscopique l'estomac et l'intestin de 16 sujets, dont la muqueuse digestive présentait des érosions et des ulcères hémorragiques. Les parties en question montrèrent des points clairs et des traînées offrant une transparence spéciale. L'hématoxyline, le carmin, l'éosine, la fuchsine donnèrent à ces formations la coloration que prennent les ma sse syalines. Les acides sulfurique et acétique ne les modifièrent nullement. Une solution d'ammoniaque les rendit homogènes, incolores et réfringentes. L'iodure de potassium en solution leur donna une teinte jaune paille. Ces réactions établissent la nature hyaline de ces formations, dont Openchowski distingue deux variétés. La première est constituée par des cordons transparents remplissant les capillaires et séparés de ces derniers par les hématies; dans la seconde variété, la modification s'etend jusque sur la paroi musculaire, dont la tunique moyenne est atteinte de la dégénération hyaline. Celle-ci est surtout très prononcée à la bifurcation des vaisseaux.

Ces altérations se bornent aux vaisseaux de la muqueuse, mais arrivent parfois jusque dans ceux de la sous-muqueuse. Les artérioles et la portion avoisinante des capillaires sont plus affectées que les veinules.

Ce processus de dégénérescence est en relation intime avec les érosions et les ulcérations de la muqueuse. Les altérations des parois vasculaires et la thrombose hyaline provoquent un trouble circulatoire qui aboutit à l'infiltration hémorragique. A la suite des modifications nutritives qui surviennent, il se fait une perte de substance à la production de laquelle les sucs digestifs prennent probablement une certaine part. On sait, en effet, que la substance hyaline des ulcères de l'estomac est digérée dans les digestions artificielles.

Ces faits précisent le mode de formation des ulcérations du tube digestif, reconnaissant pour cause essentielle des troubles circulatoires. L'état anémique ou dyscrasique et les intoxications provoqueraient des spasmes dans les vaisseaux : d'où accumulation des globules blancs, production de thrombus hyalins et dégénération des parois vasculaires elles-mêmes. ED. RETTERER.

II. — A propos d'un malade qui, quelques jours après une violente contusion de la région épigastrique, présenta tous les symptômes d'un ulcère de l'estomac, Vanni passe en revue un certain nombre d'observations cliniques du même genre, et entreprend des recherches expérimentales pour éclairer le rôle du traumatisme dans la pathogénie de cette affection.

Ses expériences montrent bien qu'un traumatisme, portant sur la région épigastrique, peut amener un processus ulcéreux du côté de la muqueuse, ainsi que l'avaient admis déjà plusieurs observateurs; mais elles prouvent que le mécanisme pathogénique de la lésion varie selon la qualité du traumatisme, la façon dont il agit sur l'épigastre, et l'état dans lequel se trouve l'estomac.

Généralement, il s'agit d'un choc brusque, violent, frappant l'estomac perpendiculairement à son axe longitudinal. Du côté de l'estomac, la circonstance la plus favorable consiste dans sa réplétion exagérée.

Dans ces conditions, la lésion de l'estomac ne manque jamais, elle consiste en une déchirure plus ou moins complète, intéressant la muqueuse seule, ou avec elle le tissu sous-muqueux. Quelquefois il n'y a qu'un décollement plus ou moins étendu avec de légères fissures, mais il existe constamment des troubles circulatoires : congestion intense, rupture des capillaires ou des artérioles, qui expliquent l'action ultérieure du suc gastrique et la formation de l'ulcère.

S'il ne s'est pas produit de ruptures vasculaires, les troubles circulatoires peuvent être limités à un spasme des vaisseaux aboutissant au même résultat par l'anémie locale qu'il entraîne.

On peut observer autour de la perte de substance des processus inflammatoires secondaires dus à la présence de parasites, mais la lésion ulcéreuse est primitive et n'est nullement la conséquence d'une inflammation. A. SIREDEY.

III. — Schwalbe soumit à l'examen anatomique et microscopique vingt-cinq estomacs provenant de malades ayant succombé à la phtisie pulmonaire et enlevées de 1 à 4 heures après la mort. La tunique séreuse est souvent le siège de la tuberculose miliaire et de la péritonite tuberculeuse comme le reste du péritoine. A l'œil nu, la tunique musculaire et la sous-muqueuse ne paraissent pas modifiées. La muqueuse semble parfois épaissie, rarement amincie. L'état mamelonné serait rare. Schwalbe rencontra la dégénération amyloïde 3 fois sur les 25 cas; la rate et les reins n'offraient cette altération qu'à un faible degré. De ces 25 estomacs, 6 seulement avaient une constitution paraissant normale; 9 étaient atteints d'inflammation interstitielle; 4 présentaient une infiltration moyenne de cellules rondes; 1 seul était infiltré de ces éléments à un degré notable. Dans les 5 derniers estomacs, il n'y avait pas trace d'infiltration; mais, par contre, on y voyait soit la dégénération amyloïde, soit la dégénérescence adipeuse des glandes.

L'infiltration des cellules rondes débute tantôt à la superficie, tantôt dans la profondeur de la muqueuse; en tout cas, cette tunique est elle-même le point de départ du dépôt de ces éléments. Ceux-ci continuent à persister sous la forme arrondie et ne se transforment point en tissu conjonctif fasciculé. Cette modification de la muqueuse réagit sur les glandes stomacales : celles-ci prennent un trajet ondulé et oblique, par rapport à la surface stomacale; leur conduit excréteur se rétrécit. A un degré plus prononcé, ce dernier s'oblitère, il se forme des kystes, et, plus tard, les glandes disparaissent plus ou moins dans certaines régions. Ces altérations secondaires entraînent une modification profonde et plus tard la disparition des cellules glandulaires, sans que Schwalbe ait jamais pu observer la transformation des cellules délomorphes en adélomorphes et *vice versâ*.

Schwalbe insiste sur la coïncidence de l'inflammation interstitielle et de la dégénérescence amyloïde. L'épithélium stomacal présente, à un degré très prononcé, la modification muqueuse.

Tels sont les faits anatomiques, qui sont loin d'être assez généraux pour expliquer, selon Schwalbe, les troubles gastriques survenant au stade final de la phtisie. Lorsqu'il y a pendant la vie de l'anorexie et de la dyspepsie, et que l'examen anatomique de l'estomac est négatif, il ne s'agit pas d'incriminer un prétendu catarrhe chronique, mais de mettre les troubles digestifs sur le compte de l'état général, de l'anémie, de la fièvre, etc. ED. RETTERER.

IV. — Einhorn reprend cette question après Edinger et Rosenthal; il se sert du réactif de Günzburg.

Sur quinze malades phtisiques, deux seulement n'ont pas d'acide chlorhydrique dans l'estomac; chez un autre, l'examen, négatif une première fois, fut positif dans des recherches subséquentes.

Cinq fois l'acidité fut normale, cinq fois elle était diminuée, cinq fois elle était augmentée.

L'appétit n'est pas en rapport avec le degré d'acidité. Trois malades ayant de l'acidité exagérée et deux ayant une acidité normale, n'ont pas d'appétit. Le seul patient n'ayant pas d'acide chlorhydrique mange bien.

Beaucoup de patients ont des crachats dans l'estomac, et c'est là probablement la cause efficiente de la perte de l'appétit. P. DUFLOCQ.

I. — Primary carcinoma of the common bile duct, par ELY (*New-York med. Record, p.* 160, *10 août* 1889).

II. — Primary carcinom of the common gall duct, encroaching on the pylorus and liver, par van GIESON (*Ibidem, p.* 162).

III. — Carcinoma of bile duct and pancreas..., par FREEBORN (*Ibidem, p.* 162).

IV. — Primary carcinoma of the pancreas, par THOMPSON (*New-York med. J., p.* 407, 13 *avril* 1889).

I. — Le cancer primitif des voies biliaires est rare, encore faut-il distinguer le cancer de la vésicule du cancer des conduits. L'auteur trouve sept cas de ce dernier dans la littérature : ceux de Durand-Fardel, Rosenstein, Schreider, Korczynski, Schuppel, Key, Kraus. Dans tous le cas, sauf le premier, il y eut une petite tumeur ; la douleur, la jaunisse

croissante existèrent constamment. La durée fut de huit semaines à dix-huit mois.

Voici un cas observé par l'auteur : Allemand, 53 ans, tailleur quatre ; ans avant jaunisse passagère. Malade depuis quatre mois, date de la réapparition de l'ictère qui a varié plusieurs fois d'intensité : céphalalgie, amaigrissement, douleur dans le foie qui est augmenté de volume. On sent la vésicule distendue. Urine jaune olive contenant un peu d'albumine et quelques cylindres. Le 16 février, mort d'hémorragie interne.

Autopsie : une once et demie (50 grammes environ) de sang dans le péritoine, pas de péritonite, foie gras, vésicule et conduits distendus par un liquide purulent. A l'embouchure du canal hépatique, tumeur enchâssant le canal qui est imperméable. Ce nodule a 11 millimètres sur 9 ; au-dessus légère dilatation ; pas d'ulcération de la muqueuse. Foie imprégné de bile. Néphrite diffuse des reins ; Au microscope épithélioma cylindrique.

P. DUFLOCQ.

II. — Femme de 50 ans, ayant depuis vingt ans des vomissements avec douleurs vives à l'épigastre. Mort après trois semaines de séjour à l'hôpital avec une jaunisse intense et tous les signes d'une péritonite.

Autopsie. Tout le canal cholédoque est entouré d'une zone de tissu blanc et dur se continuant sur le duodénum et le pylore. Sur le pylore, un noyau blanc de deux centimètres de diamètre occupe la tunique musculaire et se continue avec le canal cholédoque. Celui-ci mesure deux centimètres au niveau de sa bifurcation. Chaque canal hépatique, au point où il pénètre dans le foie, y adhère par le moyen du même tissu blanc, dense et épais. La vésicule contient des calculs. Au-dessus du fond de la vésicule, le foie présente un noyau de trois centimètres sans connexion avec les lésions des canaux. Le foie est parsemé de petits abcès dus à la suppuration des canaux biliaires. Les reins contiennent de la bile.

Au microscope : épithélioma cylindrique. P. DUFLOCQ.

III. — Femme de 55 ans, alcoolique, souffrant depuis trois ans de vomissements et de vives douleurs dans la région de l'estomac. Du côté droit de l'épigastre, envahissant l'hypochondre droit et descendant au-dessous de l'ombilic, on trouve une masse dure du volume d'un poing d'adulte, faisant saillie. Anémie ; pas de HCl dans l'estomac (15 examens). Mort de diarrhée et de faiblesse.

Autopsie : foie et rate sains. La tête du pancréas forme une masse dure à laquelle adhère la fin du pylore et les portions verticale et horizontale du duodénum. La masse sectionnée est un kyste creux, présentant deux perforations communiquant, l'une avec la portion transverse du duodénum, l'autre avec sa portion verticale. La cavité du kyste est irrégulière. On ne trouve pas trace du canal cholédoque. Au microscope, le kyste est formé de tissu carcinomateux.

Prudden dit que ces trois cas rares s'éclairent les uns les autres ; le dernier lui paraît être un cancer ayant débuté par la tête du pancréas, mais, étant donnés les deux cas précédents, on peut le considérer comme étant l'extension d'un cancer du canal cholédoque. P. DUFLOCQ

IV. — Il s'agit d'un cancer de la tête du pancréas sans autre manifestation cancéreuse, et où l'ictère a fait défaut

Femme de 55 ans, s'est aperçue, six mois avant d'entrer à l'hôpital, d'un nodule siégeant à l'épigastre. Ce nodule a rapidement augmenté de volume tandis que la malade vomissait, perdait ses forces et maigrissait.

Le 15 septembre 1888, on constate une tumeur grosse comme le poing, à l'union de l'épigastre et de l'hypochondre gauche, soulevant la paroi abdominale, dure, sans fluctuation. Pas de symptôme gastrique sérieux. L'au-

teur pense à une tumeur pancréatique. Cependant l'huile ingérée à haute dose n'apparaît pas dans les selles. L'estomac ne contient pas d'acide chlorhydrique. Mort, le 7 janvier 1889.

La tête du pancréas est transformée en une masse squirrheuse. On constate, en outre, un kyste pourvu de deux ouvertures, l'une dans le duodénum, l'autre dans le colon transverse. Pas de tuméfaction des ganglions mésentériques. Pas de métastase cancéreuse dans les viscères. L. GALLIARD.

Sur l'existence d'un souffle splénique dans certaines maladies de la rate, par BOUCHARD (*France médicale*, 23 *mars* 1889).

En 3 ans, Bouchard a constaté cinq fois l'existence d'un souffle dans la région splénique, souffle qui n'était pas cardiaque, qui ne lui semblait pas pouvoir être attribué à un vaisseau de voisinage, et qu'il a considéré comme étant véritablement un souffle splénique. Chez trois des malades, il s'agissait d'une tuméfaction de la rate en rapport avec la cirrhose du foie ; dans un cas c'était une grosse rate à apparence leucémique, mais sans que le sang présentât les altérations de la leucocythémie ; dans un dernier cas, enfin, la rate tuméfiée était en relation avec l'existence d'un gros foie chez un obèse.

Dans un assez grand nombre de cas de tumeur de la rate, Bouchard a constaté l'absence de souffle et en particulier dans la rate paludique et dans un cas de rate leucémique énorme dont l'extrémité butait au fond de la fosse iliaque droite. E. DESCHAMPS.

L'hémoglobinurie paroxystique, par CIMBALI (*Archiv. italian. di clinic. med.*, *juin* 1889).

L'auteur n'apporte pas de nouveaux faits ou de nouvelles théories à propos de l'hémoglobinurie paroxystique, mais il indique d'une façon nette et précise l'état actuel de la question. Il étudie en détail les causes de l'affection, ses symptômes et sa marche, résumant dans un travail d'ensemble les recherches qui ont été entreprises depuis quelques années sur ce sujet. Il serait difficile d'analyser brièvement cette importante monographie.

L'auteur distingue avec soin l'hémoglobinurie paroxystique, en quelque sorte spontanée, de celle qui succède à certaines intoxications (chlorate de potasse, naphtol, acide pyrogallique, aniline, etc...), à certaines infections (fièvre typhoïde, scarlatine grave, rhumatisme articulaire aigu, etc...) aux brûlures et à la transfusion de sang étranger.

Il montre avec raison que, dans ces faits, la prédisposition ne joue aucun rôle, tandis qu'elle a la part principale dans l'hémoglobinurie paroxystique ; il faut qu'il existe une véritable dyscrasie hémoglobinurique ou une hémoglobinémie. Les lésions rénales, hépatiques et spléniques, ne sont, à son avis, que des effets de la maladie et non sa cause.

Il n'y a qu'une seule variété d'hémoglobinurie paroxystique, mais suivant les sujets, elle peut éclater à l'occasion de causes différentes (froid, fatigue, malaria), sans que la maladie soit changée quant à la dyscrasie sanguine. A. SIREDEY.

L'hémoglobinurie d'origine paludéenne, par Albert CALMETTE (*Archives de médecine navale*, 1889).

L'auteur a observé un certain nombre de cas de cette maladie au Gabon (côte occidentale d'Afrique). Il se range à l'opinion de Corre relativement à la présence de l'hémoglobine dans les urines rendues au moment des accès. A l'aide d'un examen suffisamment précis, il a reconnu que la coloration vin de Malaga de ces urines était indépendante de toute trace de fragments biliaires. Cependant, les malades avaient presque toujours de l'ictère. Il en conclut que cet ictère est, non pas bilieux, mais *hémoglobinique*.

Cette conclusion ne serait justifiée que si le sang des malades avait été examiné pendant le cours des accès. G. Hayem a, en effet, démontré que, dans la plupart des cas d'ictère dit hémaphéique, le sérum du sang donne la réaction des pigments biliaires, tandis que les urines ne renferment que de l'urobiline et des pigments modifiés ne donnant pas la réaction de Gmelin. Il serait d'autant plus intéressant de connaître l'état du sérum du sang que, d'après Hayem également, le phénomène hémoglobinurie peut être indépendant de l'hémoglobinémie.

Il se peut que dans la fièvre hématurique ou mélanurique des pays chauds, l'excrétion d'hémoglobine par les urines et l'ictère soient l'un et l'autre la conséquence d'une forte hémoglobinémie. Mais aucun observateur ne l'a encore établi d'une manière rigoureuse. G. H.

Ueber Cystinurie (La cystinurie), par LEO (*Zeitschrift für klin. Medicin, vol. XVI, p.* 325, 333).

Malade âgé de 41 ans, ayant eu, à diverses reprises, des accès de colique néphrétique. Le rein droit est flottant et perceptible à la palpation abdominale mais les douleurs siègent surtout sur le rein gauche. Grande faiblesse, anorexie, vertiges. Les sédiments urinaires renferment de nombreux cristaux de cystine; souvent même la cystine se retrouve en concrétions du volume d'une tête d'épingle. Un gravier du volume d'un haricot, rendu antérieurement par la malade, se montre également formé en grande partie de cystine. Cet état de l'urine est donc déjà ancien. Leo essaya de soumettre la malade à un travail musculaire considérable. Il essaya de lui faire prendre de grandes quantités d'albumine (200 grammes de peptone). Ces tentatives n'amenèrent dans la quantité de cystine rendue aucune modification.

Il tendrait à attribuer, avec Baumann, la cystinurie à une affection microbienne de l'intestin et songe à essayer ce que donnera l'antisepsie intestinale. A. F. PLICQUE.

Sur l'hypo-hématose, par E. MAUREL (*C. R. Soc. Biologie*, 11 *mai* 1889).

On trouve pendant l'enfance et l'adolescence un certain nombre de sujets présentant des symptômes qu'on rapporte habituellement à l'anémie ou à la chlorose et qu'on ne peut cependant modifier ni par l'hygiène ni par les toniques. Beaucoup de ces cas sont dus à une hématose insuffisante reconnaissant pour cause l'étroitesse de la poitrine. Il faut, en effet, un certain nombre de centimètres carrés de section thoracique par centimètre de taille et par kilogramme de poids pour que l'hématose soit assurée (le rapport est de 3 centimètres carrés par centimètre de

taille et de 7 centimètres par kilogramme de poids). Les troubles sont si bien la conséquence de cette insuffisance de la section thoracique, qu'il suffit d'agrandir cette section par la gymnastique respiratoire pour les voir disparaître. PAUL LOYE.

I. — Chorea insaniens, par W. GAY (*Brain, p.* 150, *juillet* 1889).

II. — Two fatal cases of acute chorea with insanity, par Evan POWELL (*Ibidem, p.* 157, *juillet* 1889).

III. — Chorea : with an account of the microscopical appearances in two fatal cases, par H. HANDFORD (*Brain, p.* 129, *juillet* 1889).

IV — A case of protracted chorea treated by prolonged sleep, par C. BASTIAN (*Lancet, 13 juillet* 1889).

V. — Chorea Erwachsener mit Endocarditis recurrens, par J. GROSSE (*Berl. kl. Woch., 19 et 26 août* 1889).

I. — Enfant de sept ans, sans antécédents rhumatismaux, mais nerveux et sujet à des terreurs nocturnes. Sous l'influence d'une peur (?) il commence à devenir mou et languissant, puis se paralyse presque complètement de tous les membres. Il a des contractions involontaires des muscles faciaux et jette ses membres comme un choréique, avec cette différence que sa faiblesse est extrême et qu'il ne peut se soutenir. En même temps il a l'air d'un idiot, sans expression ni mémoire, parlant à peine et disant des phrases incohérentes. Cet état de choses dura plusieurs semaines, puis la chorée s'améliora, et l'état cérébral redevint aussi bon qu'auparavant.

Suivent des considérations sur l'état mental des choréiques et sur la nature de cette névrose. H. R.

II. — 1°. Jeune homme de 19 ans; deux atteintes légères de rhumatisme, 15 mois auparavant. Début de la chorée par mouvements incoordonnés du bras gauche et de la face : en trois jours, l'état spasmodique devient général. En même temps, des symptômes psychiques se produisent : il devient maniaque, en proie à des hallucinations, il a du délire de persécution et parle d'une façon désordonnée et confuse. Il a beaucoup de peine à avaler. Traitement par l'arsenic et le chloral. Une amélioration notable survient, puis une rechute avec retour et aggravation des accidents maniaques. Mort en cinq jours à partir de cette rechute, dans le coma. La seule lésion, à l'autopsie, fut une hyperémie énorme des centres nerveux. (Voir la note de Handford ci-jointe.)

2°. Fille de 20 ans, d'une bonne santé, sauf du nervosisme. Début par une sorte d'attaque de nerfs suivie peu après de l'apparition de mouvements choréiformes, et surtout d'un délire violent avec hallucinations, illusions et manie aiguë. La mort survint en une semaine par épuisement nerveux. Autopsie négative. H. R.

III.—Handford a examiné le cerveau des deux choréiques d'Evan Powell, et il a constaté une hyperémie des centres nerveux. Cette hyperémie se traduisait par des coagulations dans l'intérieur des petits vaisseaux, et dans des suffusions hémorragiques des gaines vasculaires; sur certains points il y avait de petits foyers sanguins microscopiques. Ces foyers ont été rencontrés de préférence dans la moelle cervicale, au niveau des cornes antérieures ainsi que dans la protubérance. L'auteur pense que la chorée a ses lésions prédominantes dans la moelle. Il regarde cette affection comme le résultat du surmenage des centres nerveux. H. R.

IV. — Malade âgée de vingt ans, anémique névropathique et présentant, depuis huit mois et demi, des mouvements choréiques très intenses. — Bas-

tian la traita en produisant un sommeil prolongé par l'administration d'une potion chloralobromurée donnée chaque fois que la jeune fille s'éveillait et en ne laissant le sommeil s'interrompre que juste le temps nécessaire pour l'alimentation. Au bout du quatorzième jour, amélioration très marquée. Un mois après, guérison complète. On doit noter à la fin du traitement quelques troubles mentaux coïncidant avec les règles et d'ailleurs passagers. Bastian a traité antérieurement huit autres malades par le même moyen, le plus souvent avec succès et toujours sans accident. Il a chez eux employé le chloral seul; le bromure de potassium n'a été ajouté chez sa dernière malade qu'à cause de la céphalalgie dont elle se plaignait. A.-F. PLICQUE.

V. — Après avoir résumé 7 observations empruntées à W.-S. Kirkes, Ogle, E. Cyon, Kunschert, Bamberg et Kretzchmar, Grosse en ajoute 2 personnelles. Toutes concernent des adultes atteints de chorée et à l'autopsie desquels, outre une endocardite chronique, des lésions valvulaires récentes indiquent de nouvelles poussées de l'affection.

Se ralliant à l'opinion émise dès 1850 par Kirkes que l'inflammation des valvules peut être la cause des troubles nerveux moteurs, Grosse admet, au moins pour un certain nombre de cas de chorée, leur origine embolique. Ces emboles provenant des valvules malades, peuvent être assez infimes pour qu'on ne trouve pas trace des lésions qu'elles ont provoquées dans le cerveau. J. B.

I. — L'hystérie à la consultation du bureau central : étude statistique, par MARIE (*Progrès médical*, 27 *juillet* 1889).

II. — Des tremblements hystériques, par PITRES (*Ibidem*, 14 *septembre* 1889).

III. — Hysterische Symptome bei syphilitischen Veränderungen des Gehirns, par Emil MORAVSIK (*Centralbl. f. Nervenheilk*, 15 *octobre* 1888).

IV. — Ueber hysterisches Luftschlucken... (Déglutition d'air, éructation et gargouillement gastrique respiratoire dans l'hystérie), par Ottom. ROSENBACH (*Wien. med. Presse, p.* 553, *n°* 14, 1889).

I. — Marie établit deux classes d'hystériques : 1° Ceux qui, en outre des symptômes d'hystérie, présentent des troubles de la sensibilité, anesthésie généralisée, hémianesthésie ou anesthésie limitée à un membre, ou simplement une diminution notable de la sensibilité unilatérale; il désigne ces cas sous le nom d'hystérie massive; 2° ceux qui, sans troubles de la sensibilité, ont des signes évidents d'hystérie, attaques convulsives, ovarie, boule, etc. Il les classe sous le nom d'hystérie mitigée. Or, sur 52 hommes, il trouve 25 cas d'hystérie massive, 3 d'hystérie mitigée; sur 179 femmes, 1 cas d'hystérie massive, 5 d'hystérie mitigée; soit pour l'hystérie massive le pourcentage, chez les femmes, 0,58 0/0; chez les hommes, 4,76 0/0; c'est-à-dire que l'hystérie massive serait 8 fois plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Il explique ce fait paradoxal : 1° par la condition sociale de ces hommes qui, pour la plupart, sont des « irréguliers », des vagabonds, des repris de justice, etc.;

2° Par la fréquence du traumatisme ou des intoxications, du saturnisme et de l'alcoolisme; chez les femmes, le milieu social est fort supérieur, et les causes déterminantes sont beaucoup plus rares. H. L.

II. — Pitres établit trois groupes de tremblements hystériques :

1° *Les tremblements trépidatoires.* Ils sont habituellement localisés

à un membre, surtout à un membre inférieur ; ils sont constitués par des secousses alternatives et rythmées d'extension et de flexion du pied sur la jambe, de la jambe sur la cuisse, de la cuisse sur le bassin ; ils ressemblent beaucoup à la trépidation épileptoïde, de la sclérose des faisceaux pyramidaux, ils en diffèrent par l'absence de contracture spasmodique des muscles ; chez quelques malades, ils cessent complètement dans le décubitus horizontal et se montrent seulement dans les positions assise ou verticale, ou *vice versâ*. Ils débutent d'une manière insidieuse, persistent souvent, longtemps et peuvent disparaître brusquement.

2° *Les tremblements vibratoires*. Ils sont constitués par de très petites secousses brèves, uniformes, imprimant aux membres des mouvements d'oscillations rapides ; ils siègent surtout aux membres supérieurs ; ils sont peu uniformes et simulent tantôt la maladie de Gravses, tantôt celle de Parkinson ou les tremblements sénile ou alcoolique. Le nombre de secousses peut varier par seconde de 3 à 8 ou 9. Pitres croit que certains cas de paralysie sénile ou de paralysie agitante doivent rentrer dans le cadre de l'hystérie.

3° *Les tremblements intentionnels* se produisent seulement à l'occasion de mouvements étendus, et cessent au repos. Pitres rapporte un cas typique de tremblement, qu'il prit d'abord pour une sclérose en plaques ; ce n'était que de l'hystérie, une application d'aimant suffit à supprimer un tremblement datant d'un an. H. L.

III. — Il s'agit d'une ancienne prostituée de 44 ans, qui présenta un assez grand nombre de symptômes hystériques et aussi des signes de lésion organique du cerveau ; à l'autopsie, gomme de l'insula de Reil à droite, gomme de la partie postérieure à gauche. Périencéphalite et leptoméningite chronique. L'auteur a pu notamment retrouver au microscope des lésions des couches corticales du cerveau et du cervelet, les vaisseaux présentent nettement les lésions syphilitiques décrites par Heubner.

Moravsik est d'avis que ces lésions diffuses de l'encéphale peuvent donner naissance aux manifestations hystériques. PIERRE MARIE.

IV. — Chez les hystériques, la déglutition d'air peut se produire sous deux formes : tantôt l'air avalé avec un bruit plus ou moins retentissant, est immédiatement rejeté avec fracas, tantôt il s'accumule dans l'estomac, gonfle cet organe et n'est expulsé que tardivement par une ou deux éructations. Les sujets n'ont pas alors de tympanisme intestinal, l'estomac seul est ballonné.

L'air n'est pas dégluti comme les aliments solides ; pour qu'il puisse parvenir à l'estomac, il faut d'abord que l'œsophage se dilate sous l'influence d'une forte inspiration coïncidant avec l'occlusion de la glotte ; puis au moment où le cardia s'ouvre et où le diaphragme se détend, les muscles du pharynx se contractent pour oblitérer en haut l'œsophage. C'est donc aux variations de la pression intrathoracique qu'est dû le phénomène en même temps qu'à l'occlusion alternative de la glotte et du pharynx.

Le mécanisme de l'éructation est facile à saisir quand celle-ci suit immédiatement la déglutition d'air : dès que le pharynx se relâche, le cardia étant encore béant, l'air est chassé par l'effort expiratoire. Mais dans les cas où il n'y a pas eu une apparence de déglutition d'air, quel est le mécanisme ? Le cardia doit se relâcher, tandis que l'estomac se contracte et le pylore se resserre ; pour que, dans ces conditions, l'éruc-

tation se produise, il faut une tension considérable de gaz accumulés dans l'estomac.

Le gargouillement déterminé dans l'estomac par les mouvements respiratoires ne pourrait au contraire se produire si les parois gastriques étaient tendues à l'excès; il faut que ces parois soient dans le relâchement, tandis que la paroi abdominale est tendue. Il faut de plus que la respiration soit exclusivement diaphragmatique, les côtes restant immobiles. L'on entend un fort gargouillement pendant l'inspiration et un faible bruit pendant l'expiration. L. GALLIARD.

Quelques réflexions à propos de dix cas de migraine accompagnée, par Paul BERBEZ (*France médicale*, 24, 26, 29 *janvier* 1889).

B. rapporte dix observations de cette singulière maladie sur laquelle les travaux de Leveing, Charcot, Féré, Galywas, Riant, ont attiré l'attention et à laquelle Charcot a donné le nom de migraine accompagnée.

Dans la majorité des cas, la migraine accompagnée s'est montrée chez des névropathes héréditaires; toujours ou presque toujours c'est à la suite de surmenage visuel que l'accès a débuté, il peut succéder à la migraine vulgaire; durant rarement plus de deux ou trois heures, il ne survient qu'à intervalles éloignés, tous les deux ou trois mois. Il s'accompagne le plus souvent de scotome scintillant, moins fréquemment d'amblyopie, d'hémyopie, de rétrécissement du champ visuel, d'amaurose.

Berbez a noté, soit seule, ce qui est rare, soit associée aux troubles oculaires, l'aphasie dont les variétés vont depuis le simple embarras de la parole jusqu'à l'impossibilité absolue de comprendre ce qu'on dit (surdité verbale), ce qui est écrit (cécité verbale), d'écrire (agraphie) et même de l'exprimer par gestes. Ajoutons les engourdissements de la face et du côté droit du corps, les troubles des mouvements caractérisés par de la faiblesse plus ou moins persistante de la moitié droite du corps.

Enfin il existe parfois des auras analogues à celles de l'épilepsie jacksonienne; il peut aussi s'y ajouter des vertiges.

La migraine accompagnée paraît à P. Berbez constituer un syndrome de la plus grande importance. C'est une réunion de signes dus au mauvais fonctionnement d'une région particulière, la plupart du temps résultats vraisemblables de spasme d'un territoire vasculaire déterminé. Mais il n'est pas contraire à la vraisemblance d'admettre que des lésions localisées aux régions habituellement atteintes par le spasme vasculaire, lésions consistant en pachyméningites, par exemple, arrivent à réaliser le même complexus symptomatique. Trois observations de Berbez viennent à l'appui de cette manière de voir. E. DESCHAMPS.

Note sur le vertige paralysant ou maladie de Gerlier, par ÉPERON (*Revue méd. de la Suisse romande*, *IX*, 38, *janvier* 1889).

Les deux observations de maladie de Gerlier (*R. S. M.*, XXXII, 129), rapportées par Eperon, ont un double intérêt. Ce sont les premiers cas signalés dans le canton de Vaud; en outre, contrairement aux faits antérieurs, les deux malades, un berger et un agriculteur, présentaient, même en dehors des accès, des lésions ophtalmoscopiques. Chez le

berger, il y avait une hyperémie prononcée des papilles, et chez l'autre une véritable papillite.

Éperon conclut que le vertige paralysant n'est pas une simple névrose, mais qu'il consiste en une hyperémie des méninges des régions occipitale, bulbaire et spinale supérieure.

L'étiologie concorde également bien avec cette hypothèse. La maladie apparaît surtout chez les personnes travaillant dans les champs, à l'ardeur du soleil, dans une position baissée, la tête et la nuque insuffisamment protégées contre les rayons solaires. Les accès se produisent surtout l'après-midi, au moment de la plus forte chaleur. Ils cessent après le repos dans un endroit frais et sombre.

Les vachers, bien que ne travaillant pas aux champs, sont aussi exposés à des influences propres à produire une hyperémie méningée ; travaillant dans une atmosphère élevée, la tête nue, ils sortent fréquemment à l'air froid. J. B.

Natur und Behandlung der Gicht (Nature et traitement de la goutte), par Emil PFEIFFER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 19, *p.* 434, 13 *mai* 1889).

D'après Pfeiffer, beaucoup de tophus ont une origine traumatique ; ainsi s'expliquent leurs sièges de prédilection aux oreilles, aux mains, aux coudes, aux genoux, tandis qu'ils sont très rares aux pieds, protégés par les chaussures.

Dans les intervalles des accès, l'acide urique s'accumule dans les tissus et dans les tophus. Quand il survient un accès de goutte, c'est parce que l'acide urique, insoluble ou difficilement soluble, retenu dans les tissus, s'est transformé en acide très soluble, qui, lui, est seul cause de douleurs, ainsi qu'il résulte des expériences de Pfeiffer.

Les goutteux éliminent beaucoup moins d'acide urique que les autres individus, sauf au moment des accès aigus, où, contrairement à l'opinion de Garrod, l'élimination d'acide urique est considérablement accrue.

Dans les intervalles des accès, on recourra aux cures balnéaires et aux alcalins d'une façon continue ; durant l'accès, au contraire, on recourra aux acides (salicylate de soude, acides chlorhydrique, phosphorique) qui entravent la dissolution de l'acide urique.

Contre la cachexie goutteuse, outre les aliments azotés, on emploiera les légumes et les fruits qui facilitent la solubilité de l'acide urique, tandis qu'on proscrira les aliments hydro-carbonés (pommes de terre, pain, sucre) qui engendrent des produits acides. J. B.

Contribution à l'étude des thromboses veineuses et des thromboses artérielles dans le cours de la chlorose, par VERGELY (*Journ. de médec. de Bordeaux, septembre* 1889).

Après avoir reproduit 14 observations de thromboses veineuses et artérielles dans le cours de la chlorose, Vergely en rappelle les principaux caractères, et montre que tout le système veineux peut être intéressé. En outre, 2 observations qu'il donne en détail lui servent à prouver que les artères de la base du cerveau, dans le domaine de l'artère sylvienne, peuvent être aussi le siège de caillots ; mais dans ces cas, on n'a constaté aucune lésion ni macroscopique ni histologique des vais-

seaux, aucune lésion des organes où se distribuaient ces vaisseaux, ce qui n'exclut pas une lésion légère de l'endothélium vasculaire. Donc, dans la chlorose, il existerait des thromboses veineuses et artérielles qui ne seraient pas précédées des signes cliniques de l'inflammation de ces tubes vasculaires. OZENNE.

La variole hémorragique à Paris en 1887, par DE GRANDMAISON (*Archives de médecine, décembre* 1888).

La variole hémorragique s'observe à Paris, non seulement sous forme d'épidémie, mais aussi sous forme d'endémie constante. Toutefois les cas les plus nombreux sont fournis par les quartiers les plus infectés par la variole. Dans les quartiers qui présentent des cas rares ou isolés de variole, la variole hémorragique se voit rarement.

Il y a deux formes de variole hémorragique aussi différentes par leurs symptômes que par leurs terminaisons. L'une est relativement bénigne; c'est la variole hémorragique cutanée. Elle n'est hémorragique que dans ses pustules. Les symptômes généraux sont peu intenses. Son éruption se fait nettement. Elle suppure peu, elle tue rarement. L'autre est grave, presque fatalement mortelle, caractérisée par des hémorragies multiples, abondantes, répétées, par des troubles généraux accentués et qui s'aggravent progressivement, par des complications viscérales très caractérisées, par une marche rapide et une terminaison généralement fatale. C'est la variole hémorragique vraie. Le clinicien devra toujours avoir présente à l'esprit ces deux formes de variole hémorragique afin de réserver son pronostic et de ne pas s'exposer à des surprises. RICHARDIÈRE.

Contribution à l'étude de la variole contractée par le fœtus dans la cavité utérine, par Mlle MARGOULIEFF (*Thèse de Paris,* 1889).

Les varioles atténuées, la varioloïde ne provoquent pas l'avortement, et en général ne touchent pas le fœtus; la variole hémorragique le tue constamment. La transmission de la maladie de la mère au fœtus est proportionnelle à son intensité, et semble dépendre d'altérations du placenta (hémorragies) lui ouvrant la voie; cela explique aussi comment de deux jumeaux il peut se faire qu'un seul soit atteint.

Le fœtus peut prendre la variole dans le sein maternel sans que la mère en soit frappée, mais elle présentera en pareil cas des symptômes généraux qui peuvent être graves.

L'incubation de la variole du fœtus peut être très longue, durer un et même deux mois. Il faut isoler un enfant sain en apparence né récemment d'une mère qui a eu la variole, car il peut être en puissance de la maladie. LEFLAIVE.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

On varicose veins of the broad ligaments (Des varices des ligaments larges par Edward MALINS (*The Americ. J. of the med. sc.*, *p.* 340, *octobre* 1889).

La disposition anatomique des si nombreux plexus formés par les anastomoses des veines ovariennes, utéro-ovariennes, utérines, situées dans l'épaisseur des ligaments larges, permet de comprendre facilement la possibilité de modifications pathologiques. Ces veines ne possèdent pas de valvules, ou tout au moins sont-elles insuffisantes, de plus elles sont comprises dans les ligaments larges doublés d'une couche musculaire dont la contraction peut déterminer le reflux du sang dans les petites veines et les capillaires, ce qui, pour l'ovaire, détermine le phénomène de l'érection ovarienne.

D'autres troubles de la circulation physiologique dans le petit bassin, peuvent être amenés par les rapports sexuels, par la menstruation, par la grossesse. — Cette dernière amenant la suppression des règles, peut, en se répétant, déterminer des troubles réflexes plus ou moins graves, dont le résultat est une modification de l'état général. Puis, peu à peu, l'utérus augmente de volume, se congestionne et tend à se mettre en prolapsus.

Les causes des varices des ligaments larges sont locales : subinvolution utérine après l'avortement ou l'accouchement, déplacements utérins, quelle que soit leur cause, constipation en général, troubles du cœur droit suite d'une lésion organique ou d'une complication pulmonaire, affections du foie, troubles du tube digestif, s'accompagnant souvent d'hémorroïdes, de congestions dans le petit bassin ou d'obstruction du système porte. La compression par des tumeurs de l'abdomen joue le même rôle.

A l'autopsie on trouve les plexus gorgés de sang, gonflés et pouvant atteindre le volume du pouce. Comme traitement, les émissions sanguines locales peuvent rendre de grands services : les irrigations avec de l'eau très chaude. Le pessaire de Hodge peut faire en grande partie disparaître les troubles utérins. Aux moyens locaux l'auteur conseille d'adjoindre un traitement général. Mais si aucun moyen thérapeutique ne peut amener un résultat satisfaisant, si les douleurs rendent la vie insupportable, que la malade soit transformée en infirme, l'auteur conseille d'avoir recours à la laparotomie, de lier les veines du ligament large et d'enlever les trompes et les ovaires pour déterminer une ménopause précoce. Ce procédé a donné à l'auteur des succès assez nombreux pour le lui faire recommander.

F. VERCHÈRE.

De la métrite cervicale, par DOLÉRIS et MANGIN (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, *novembre* 1888, *mars*, *avril*, *mai* 1889).

Au point de vue anatomique, il faut distinguer la résistance du col sur

les parties médianes antérieure et postérieure et sur les parties latérales. Latéralement, le tissu est moins résistant parce qu'il est écarté et lâche, pour laisser passer les vaisseaux. En avant et en arrière, les fibres circulaires sont renforcées par les fibres longitudinales qui se continuent au corps avec le faisceau ansiforme. Les déchirures du col après l'accouchement sont toujours latérales, cela tient, non seulement au défaut de résistance du col en ce point, mais encore au tiraillement qui s'y produit par l'action combinée des fibres longitudinales.

Cette disposition anatomique rend encore compte de la production de l'érosion du col, que l'on s'accorde à reconnaître comme produite par une éversion de la muqueuse cervicale. Les fibres longitudinales du corps s'insérant au col, portent en dehors les deux lèvres du col séparées par les déchirures latérales. Ce déplacement est encore facilité par la paralysie des fibres musculaires circulaires du sphincter externe, qui se réalise là comme pour tous les muscles lisses situés au-dessous des muqueuses enflammées.

L'érosion du col existe bien réellement, contrairement à l'opinion de C. Ruge et de Veit. Quant à l'extension de la couche cylindrique épithéliale intra-cervicale venant se substituer à la couche pavimenteuse de la muqueuse du museau de tanche, et à la néoformation glanduleuse, les auteurs ne croient pas à leur existence.

De ces recherches ils concluent au danger du traitement des érosions du col par les caustiques. Par ce procédé on épidermise l'érosion, on crée une cicatrice douloureuse, on obtient l'oblitération des orifices des glandes qui se transforment alors en kystes. D'après leur sentiment, c'est à l'ablation par l'instrument tranchant de la muqueuse éversée et à la restauration de la forme du col qu'il faut avoir recours. PORAK.

The curette in puerperal endometritis, par GRANDIN (*N.-York med. Journ.*, *p.* 171, 16 *février* 1889.)

Dans l'endométrite puerpérale, l'auteur préfère aux douches intra-utérines répétées le curetage de l'organe, pour favoriser l'élimination des produits de décomposition. Dès que les lochies deviennent fétides, l'auteur administre la douche, puis, si la fétidité persiste, il introduit la curette dans l'utérus et débarrasse la muqueuse de tous les débris qui y adhèrent. On n'est jamais forcé de répéter cette opération, ni même de faire autre chose qu'un grand lavage après elle. Ce procédé permet de faire disparaître en 24 heures la fièvre et les symptômes d'infection.

L. GALLIARD.

Der Probetampon und sein Werth für Erkennung der chronischen Endometritis (Le tampon-épreuve : sa valeur diagnostique dans l'endométrite chronique), par SCHULTZE (*Centr. f. Gyn.*, 19, 11 *mai* 1889).

Le diagnostic précoce d'une endométrite purulente est de toute importance si l'on veut éviter des complications telles que paramétrite, déplacements utérins, ovaro-salpingites... Ce diagnostic, quelquefois difficile à établir par les moyens d'exploration ordinaires, peut l'être très simplement selon Schultze à l'aide du *tampon-épreuve*.

Un tampon d'ouate imbibé d'une solution de tanin dans la glycérine

à 20-25 0/0, est placé au fond du vagin, contre le col, pour exciter les sécrétions utérines. On le retire au bout de plusieurs heures, et il suffit alors d'examiner attentivement le dépôt dont il est couvert pour reconnaître s'il y a endométrite.

Si en effet ce dépôt est muqueux, transparent, analogue au mucus cervical, l'utérus est sain. Si au contraire il est louche, opaque, et surtout s'il contient du pus véritable, il y a endométrite du col ou du corps.

Dans la métrite du col, la sécrétion est plus abondante, plus épaisse ; le pus et le mucus sont intimement mélangés dans le résidu qui a un aspect très caractéristique. Dans la métrite du corps, la suppuration est ordinairement minime, et on trouve souvent du sang mélangé au pus.

Le tampon-épreuve permet encore de suivre la marche de la maladie et l'effet du traitement. On peut diagnostiquer la guérison quand tout dépôt purulent a disparu sur le tampon pendant plusieurs jours.

CH. MAYGRIER.

Salpingite et castration, par DOLÉRIS (*Bulletin de la Société obstétricale et gynécologique de Paris*, 1889).

Doléris proteste contre le débordement d'opérations chirurgicales dirigées contre les organes génitaux de la femme et en particulier contre la laparotomie exploratrice qui n'est qu'un aveu d'ignorance, et contre la castration. Il insiste plus particulièrement sur la critique des indications fournies par la salpingite à l'enlèvement des ovaires et des trompes.

La salpingite aiguë est susceptible de guérison spontanée comme toutes les affections aiguës. Elle peut passer à l'état chronique, mais le *pyosalpinx*, virulent au début, peut lui-même perdre cette qualité et se transformer en une lésion se rapprochant de *l'hydrosalpinx ;* une guérison définitive peut alors succéder à l'évacuation spontanée du contenu de la trompe, à travers l'utérus, que cette évacuation soit unique, ou qu'il se produise des réplétions et des évacuations successives. L'auteur croit même qu'après ces guérisons, la fécondation peut redevenir possible.

Sur une centaine de cas d'inflammations péri-utérines parmi lesquelles la trompe devait être le plus souvent intéressée, un tiers des malades a guéri à la suite de la médication révulsive ; un certain nombre de guérisons a été obtenu par la dilatation permanente de l'utérus suivie du grattage intra-utérin. L'auteur pense que, par ce procédé, il a facilité l'évacuation du contenu de la trompe à travers l'utérus. Lorsque malgré ces interventions, la guérison n'est pas obtenue, cela tient à la multiplicité des lésions; la salpingite est alors accompagnée d'ovarite, de pelvipéritonite, etc. Dans ces cas, il faut recourir à l'ablation des annexes. Sur neuf cas de laparotomie pratiquée dans ce but, la mort ne fut enregistrée qu'une seule fois; les autres fois, la guérison fut obtenue.

En somme, le traitement proposé par Doléris, se rapproche de celui préconisé par Walton et par Poullet. Tandis que ceux-ci pensent tarir l'origine de l'inflammation péri-utérine, Doléris y ajoute cette idée qu'il draine l'utérus et facilite l'évacuation du contenu de la trompe.

Terrillon objecte à cette proposition que le conduit utérin de la trompe est filiforme, et que son trajet à travers l'utérus est de plus d'un centi-

mètre. Dans ces conditions, le drainage de la trompe lui paraît impossible.

Porak, dans les observations de dilatation de l'utérus à l'aide de l'éponge préparée qu'il a pratiquée, a constaté qu'on dilate surtout le col et peut-être la partie inférieure de la cavité utérine. Au fond de l'utérus, le muscle est très puissant et refoule rapidement en bas les corps étrangers introduits dans la cavité utérine. Dans les faits de dilatation qu'il a observés, le trajet de la trompe à travers l'utérus avait échappé à la dilatation de la cavité utérine. PORAK.

Salpingite tuberculeuse, par TERRILLON (*Bull. et mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris* 1889).

La salpingite tuberculeuse est commune, elle se complique de la formation d'abcès souvent volumineux, d'adhérences aux organes avoisinants, très épaisses et difficiles à détacher.

L'ovaire est presque toujours pris simultanément et la trompe est souvent très volumineuse. Les lésions ne sont pas ordinairement bilatérales, ce qui les distinguerait de la salpingite inflammatoire qui existe toujours des deux côtés.

Au point de vue symptomatique, que la lésion provoque la pelvipéritonite à récidive, que physiquement on constate des nodosités particulièrement dures, il n'y a là rien de suffisamment caractéristique pour assurer le diagnostic. Celui-ci reste donc très difficile, il sera soupçonné si on constate la tuberculose dans un autre organe, ou si les malades paraissent particulièrement débilitées.

L'ablation des organes malades s'impose dans ce cas comme pour toutes les autres tuberculoses locales, à condition qu'elles soient bien locales et qu'on puisse enlever le mal dans sa totalité.

L'opération est difficile à cause de la résistance des adhérences, à cause de la possibilité de la rupture des abcès tuberculeux et de la contamination consécutive du péritoine. PORAK.

Étude critique du traitement des salpingites et en particulier de la valeur du curettage de l'utérus dans la salpingite catarrhale, par A. RIZKALLAH (*Thèse de Paris, n° 334*, 1889).

Devant le nombre considérable de salpingectomies que l'on fait pour remédier à toutes les salpingites quelle que soit leur gravité, l'auteur recherche s'il n'est pas permis de trouver un moyen thérapeutique plus simple et moins dangereux suivant la lésion à laquelle on a affaire. Le traitement rationnel des pyosalpingites, des hématosalpingites volumineuses et des salpingites tuberculeuses les plus légères lorsqu'elles pourront être diagnostiquées, restera toujours la laparotomie avec ou sans drainage consécutif; suivant qu'on redoutera ou non une hémorragie, une diffusion de produits septiques dans la cavité péritonéale, la laparotomie sera faite avec ou sans drainage consécutif, avec ou sans le tamponnement protecteur et hémostatique réservé aux cas graves. — Sauf ces cas, la salpingectomie est une mutilation inutile et en particulier dans les formes de salpingites, dites catarrhales. Le curettage de l'utérus suivi d'injections de teinture d'iode en constitue le traitement

de choix. Il devra être appliqué avant toute intervention plus grave, aux pyosalpingites récentes, et peu accusées et aux hémosalpingites légères.

Les formes catarrhales sont justiciables de la laparotomie quand elles s'accompagnent de douleurs intolérables dues à la dégénérescence polykystique des ovaires ou encore à l'adhérence d'un de ces organes malades à la paroi pelvienne. Mais dans ces cas, l'ovariotomie est tout, la salpingectomie n'est, en quelque sorte, qu'un complément de cette opération.

L'auteur relate 17 observations où le traitement simple qu'il préconise a donné les meilleurs résultats et a déterminé la guérison sans qu'on ait eu besoin de recourir à la laparotomie.

Un index bibliographique important termine ce travail. F. VERCHÈRE.

Raccourcissement des ligaments ronds, par DOLÉRIS (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., février* 1889).

A la suite de l'opération d'Alexander Alquié, il arrive que le ligament rond fixé à l'anneau inguinal externe, s'affranchit de toute adhérence, et que l'utérus reprend sa situation vicieuse antérieure. Pour obvier à cet inconvénient, l'auteur propose de passer sur la peau l'un des ligaments raccourcis et sectionnés et d'aller le suturer à l'autre ligament. A la suite d'une opération qu'il a faite suivant cette méthode, il a pu constater que, trois mois après, les ligaments raccourcis ne s'étaient pas relâchés. Il insiste sur ce point que l'on ne doit ordinairement pas se contenter du raccourcissement des ligaments, mais restituer à l'aide de la colporraphie, de l'élytrorrapie, de la périnéorrapie les conditions normales du vagin et du périnée. PORAK.

Contribution à l'étude des prolapsus génitaux, par Daniel TÉMOIN (*Thèse de Paris, n°* 5, 1889).

Cette étude, intéressante au point de vue symptomatique, pathogénique et thérapeutique, se termine par les conclusions suivantes tirées de cette étude même et des observations qui y sont rapportées :

1° L'urétrocèle est assez fréquente et elle se montre sous deux formes : dans l'une, le canal allongé, légèrement dilaté, ne forme pas de poche où stagne l'urine, et la cloison urétro-vaginale est épaissie ; dans l'autre, il y a formation d'une véritable poche communiquant plus ou moins largement avec le canal. Dans ces cas, il est quelquefois difficile de la différencier de la cystocèle.

2° Les divers prolapsus sont souvent combinés les uns avec les autres ; mais la cystocèle simple sans prolapsus utérin est plus fréquente qu'on le dit.

3° Le traitement doit consister à rétrécir la vulve et le vagin, mais surtout à refaire un périnée dont la déchirure est la grande cause des prolapsus. Le colpopérinéorraphie donne de très bons résultats. Quand le prolapsus est limité aux parois du vagin, la guérison est la règle ; quand l'utérus est prolabé, on obtient la guérison également quand le prolapsus est au premier ou au second degré. Mais quand le prolapsus est complet, il croit la colpopérinéorraphie suffisante pour soulager mais non pour guérir les malades. Dans ces cas, l'hystéropexie doit donner de bons résultats. F. VERCHÈRE.

Quelques points spéciaux de la technique des opérations plastiques de la vulve et du vagin, par DOLÉRIS (*Bull. et Mém. de la Société obst. et gyn. de Paris, avril* 1889).

L'auteur propose un procédé très rapide de restauration du périnée qu'il désigne sous le nom de *colpoplastie*, parce qu'il se propose autant de restituer le plancher périnéal, que d'affermir la paroi vaginale.

Il consiste en une incision circulaire sur les limites de la peau et de la muqueuse, le décollement rapide avec les deux doigts de la muqueuse vaginale, le dédoublement, par conséquent, de lac loison recto-vaginale. Il place ensuite des sutures à la façon du procédé d'Emmet. Le lambeau vaginal se trouve alors froncé, il dépasse la ligne de réunion périnéale par les sutures. Il le sectionne, suture à nouveau les bords de la plaie qui en résulte. Ce procédé est d'une exécution très rapide. L'auteur l'a souvent employé avec succès.

Pour la colporraphie antérieure, il affectionne le décollement de la muqueuse avec les doigts. Il décrit un procédé de renforcement des sutures, qu'il désigne sous le nom de sutures *en échelle*. PORAK.

10 cas de périnéoplastie, par ROUX (*Revue méd. Suisse romande, IX*, 384, *juin* 1889).

D'après Roux, la reconstitution du périnée, d'après la méthode de Lawson Tait, de Saenger, etc., est une opération d'une simplicité étonnante qui la met à la portée des moins exercés, et qui donne les meilleurs résultats, soit pour les déchirures simples, soit pour les ruptures totales.

Dans une dizaine de cas et avec divers modes de suture, Roux a obtenu la guérison par première intention. Il recommande chaudement cette méthode. J. B.

Laparo-hystéropexie contre le prolapsus utérin, par Paul DUMORET (*Thèse de Paris*, n° 345, 1889).

Dumoret, pour bien spécifier l'opération qu'il a en vue, la dénomme laparo-hystéropexie, la distinguant ainsi de certains procédés aveugles, théoriques, ou encore sans expérimentations suffisantes pour mériter une existence réelle, tels que la vagino-fixation de Péan, l'hystéro-gastrorraphie originale de Candela, l'opération de Schucking, etc. — La laparo-hystéropexie *pour prolapsus* a été faite dans deux conditions, soit complémentaire, fortuite, soit de propos délibéré, cette dernière constituant le véritable laparo-hystéropexie.

Le chapitre d'historique dans lequel l'auteur rapporte tous les cas jusqu'à ce jour publiés ne laisse aucun doute sur ce fait que la première opération faite en France est due à Terrier. Le nombre des observations rapportées par Dumoret est de 25 : 14 ayant trait à des hystéropexies complémentaires, 11 à des hystéropexies de propos délibéré (entreprises spécialement pour la cure du prolapsus).

Au point de vue du manuel opératoire une distinction s'impose. Le péritoine sera ouvert ou il ne le sera pas. D'où méthode extra-péritonéale et méthode intra-péritonéale. La première préconisée par Candela à titre de conception théorique, est décrite par Dumoret. La deuxième est celle qui

a été dans tous les cas mise en pratique, et que l'auteur décrit avec soin.

Après toutes les précautions usitées par les laparotomistes, on fait une incision médiane de 8 à 10 centimètres ne descendant pas jusqu'au pubis et restant à 4 travers de doigt de l'ombilic. Les intestins refoulés en haut par un aide, l'utérus est saisi par son fond et attiré vers la plaie pariétale. Un fil de soie placé dans le fond même de l'utérus est utilisé par l'aide pour maintenir l'organe derrière la paroi. Puis une série de 3 fils de catgut est passée obliquement; d'abord à gauche à travers les lèvres de l'ouverture abdominale, la peau exceptée; le fil ressort dans le péritoine, puis est conduit de gauche à droite dans l'épaisseur même du tissu utérin. Enfin, il est de nouveau passé dans la lèvre droite de l'ouverture abdominale, toujours la peau exceptée. — Les 3 fils sont liés séparément en allant de bas en haut, puis on enlève le fil de soie placé au fond de l'utérus. La fixation est terminée. La plaie abdominale est fermée avec du fil d'argent et du crin de Florence. Un petit drain est placé dans l'angle inférieur de la plaie.

L'auteur, pour établir la supériorité du procédé de Terrier qu'il préconise, met en regard les procédés analogues décrits tels que ceux d'Olshausen, de Leopold (de Dresde) et de Czerny, de John Philips. Puis dans un chapitre d'indications et de contre-indications conclut avec Trélat que lorsque les opérations réparatrices portant sur le périnée, le vagin et le col sont impuissantes à maintenir l'utérus prolabé, l'opération d'Alquié est insuffisante, et que la seule ressource est d'ouvrir le ventre et de pratiquer l'hystéropexie. Celle-ci devra être hâtive et faite le plus tôt possible pour éviter les métrites, les salpingo-ovarites, dont le prolapsus est souvent le point de départ.

La seule contre-indication serait la grossesse; un cas de Sänger montre que cette contre-indication n'est pas sans appel.

Sur les 25 observations se décomposant en 11 de propos délibéré et 14 complémentaires, les 11 premières ont donné 8 succès opératoires, 2 échecs et 1 mort. Les 2 insuccès comptés par l'auteur sont ceux de Müller et d'Olshausen ; il nous faut y ajouter une opérée de Tuffier pour laquelle l'hystéropexie insuffisante dut être suivie d'une cystorraphie puis d'une élytrorraphie complémentaire.

En somme, le pronostic de l'hystéropexie est celui de toute laparotomie non compliquée. Envisagée dans ses suites éloignées, elle supprime les douleurs abdominales, pelviennes, ne détermine aucun trouble de la miction, et permet aux opérées la locomotion facile. F. VERCHÈRE.

Des abouchements anormaux de l'uretère dans le vagin et à la vulve, par SECHEYRON (*Arch. de Tocologie, avril-mai* 1889).

L'abouchement des deux uretères dans le vagin n'a guère été observé que sur des fœtus non viables; il est accompagné de malformations multiples, vestiges de désordres de l'évolution du sinus uro-génital. On connaît les observations rapportées par Palfyn, Viguier, Pigné et Depaul. Une observation de Schrœder peu authentique pourrait permettre de croire que l'abouchement des deux uretères à la vulve est compatible avec l'existence.

L'abouchement unilatéral, quoique très exceptionnel, est cependant moins rare que l'abouchement bilatéral.

L'ectopie et l'imperforation de l'uretère ne présentent aucun symptôme clinique. L'uretère se termine dans cette malformation par un cul-de-sac sur les côtés de l'urètre à une hauteur variable dans le vagin.

L'abouchement à la vulve ou au vagin offre au contraire un intérêt clinique majeur. Il entraîne l'incontinence congénitale d'urine. Souvent le rein correspondant à l'uretère anormal a subi un arrêt de développement. Aussi la sécrétion urinaire de ce côté peut-elle être très diminuée. L'auteur cite les observations de Malsari, de Soler, de Baker, de Jones et d'Emmet.

Le diagnostic en est facile. On doit le distinguer de l'absence de la vessie ou de l'urètre, de l'abouchement de l'urètre dans le vagin, de l'abouchement de l'uretère dans l'urètre.

Des hypothèses seules peuvent en ce moment expliquer les anomalies uretérines —Pour M. Duval, elles proviendraient de l'atrophie incomplète de canal de Wolf et de la persistance de la partie sous-jacente à l'uretère ; pour l'auteur, c'est un abouchement anormal de l'uretère au sinus urogénital par entraînement de l'extrémité du tissu de l'uretère maintenu lié au canal de Wolf.

L'auteur termine son travail en détaillant les indications opératoires auxquelles il s'agit de répondre. PORAK.

Valeur et indications de l'incision vaginale appliquée à l'ablation de certaines petites tumeurs de l'ovaire et de la trompe, par Arm. BONNECAZE (*Thèse de Paris, n° 283, 1889*).

L'auteur rapporte 24 observations desquelles il tire les conclusions suivantes :

Si la laparotomie est l'opération de choix pour les grosses tumeurs de l'ovaire et pour les tumeurs adhérentes, quel que soit leur volume, l'incision vaginale peut être indiquée dans les cas de petites tumeurs. Mais il faut, en outre, que ces tumeurs petites soient mobiles et peu adhérentes et qu'en même temps l'utérus lui-même soit mobile et facilement abaissable, qu'enfin le vagin soit large ou dilatable, conditions indispensables pour permettre les manœuvres opératoires.

Les tumeurs qui offrent ces caractères sont surtout les petits kystes de l'ovaire, la salpingo-ovarite de petit volume et le prolapsus de l'ovaire. Envisagée de cette manière, l'ablation par l'incision vaginale devient aussi facile à exécuter et tout aussi sûre que la laparotomie, au double point de vue des hémorragies et de l'antisepsie. Elle devient, dans ces cas, préférable à l'ablation par la voie abdominale, puisqu'elle supprime l'incision abdominale avec ses inconvénients possibles. F. VERCHÈRE.

Procédé nouveau pour l'opération de la fistule urétro-vaginale, par POLAILLON (*Bull. et Mém. de la Société obst. et gyn. de Paris, mai* 1889).

L'auteur propose de rabattre la paroi antérieure restée libre par deux incisions parallèles faites au niveau des extrémités de la fistule. Le lambeau ainsi détaché tient encore à droite et à gauche. On suture les bords supérieur et inférieur aux limites supérieure et inférieure de la fistule. La fistule est donc fermée du côté du vagin. L'urètre correspond ainsi au niveau la de fistule à un conduit qui deviendra cicatriciel. Sera-t-il, par

la suite, le siège d'un rétrécissement ? L'auteur a réussi dans un cas à guérir définitivement une jeune fille qui avait été opérée antérieurement sans succès par d'autres procédés. PORAK.

I. — **Cystofibrom des Uterus, par KLEINWAECHTER** (*Wien. med. Presse, n° 16, p. 641, 1889*).

II. — **Uterusincarceration durch ein submucöses Fibrom (Etranglement de l'utérus causé par un fibrome sous-muqueux), par S. BRAUN** (*Wien. med. Presse, n° 30, p. 1217, 1889*).

III. — **Fibromyome de l'utérus. Hystérectomie abdominale. Aliénation mentale consécutive, par POLAILLON** (*Union médicale, 22 octobre 1889*).

IV. — **Clinical lecture on uterine myoma, par Lawson TAIT** (*Brit. med. J. p. 299, août 1889*).

V. — **Zur Castration bei Fibromyoma Uteri, par Victor STÆHELI** (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 17, p. 519, et n° 18, p. 550, 1er et 15 septembre 1889*).

VI. — **Ein Fall von vaginaler Totalexstirpation des myomatösen Uterus (Hystérectomie vaginale pour myomes), par SPAETH** (*Centr. für Gyn., 35, 31 août 1889*).

VII. — **Zur Therapie des Uterusmyome (Thérapeutique des myomes utérins), par RUNGE** (*Arch. für Gyn., XXXIV, 3*).

I. — Le cystofibrome utérin est une tumeur rare et difficile à diagnostiquer, sauf dans les cas où l'on en peut suivre peu à peu l'évolution.

Dans le cas publié par l'auteur, on a pu reconnaître d'abord l'existence d'un fibrome utérin avec des parties molles, probablement kystiques ; puis au bout de dix mois, on trouva une tumeur fluctuante assise sur l'extrémité supérieure gauche du fibrome, lequel du reste avait augmenté de volume. On ne pouvait penser à un kyste de l'ovaire gauche, cet organe paraissant être sain. Enfin, cinq mois plus tard, fusion de toutes les masses, grosse tumeur fluctuante unique, siégeant à gauche ; à ce moment, on aurait diagnostiqué un kyste de l'ovaire gauche si l'on n'avait pas eu de renseignements.

Extirpation de la tumeur par la voie vaginale. Pas d'hystérectomie. Guérison complète.

La tumeur pesait de 2 livres et demie à 3 livres. Le liquide du kyste pouvait être évalué à un litre. L. GALLIARD.

II. — Une femme de 30 ans, mariée depuis neuf ans, n'ayant eu ni couche ni fausse couche, se plaint d'avoir, depuis quelques semaines, des troubles de l'urination et de la défécation. L'abdomen est ballonné ; on constate une tumeur arrondie, peu mobile, dont la limite supérieure est à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Le doigt introduit dans le vagin rencontre immédiatement la tumeur qui remplit tout le petit bassin ; la paroi supérieure du vagin est repoussée en avant tout près de la symphyse ; le col de l'utérus est appliqué contre la symphyse. L'orifice cervical dilaté admet le doigt qui rencontre un corps arrondi rappelant, par sa consistance, le produit de la conception ; il s'écoule un peu de mucus teinté de sang quand on comprime la tumeur.

La sonde, introduite dans la vessie, fournit quatre litres d'urine.

L'auteur diagnostique : étranglement de l'utérus rétrofléchi ; grossesse probable. Il donne du chloroforme et s'efforce de faire remonter la tumeur, mais n'obtient presque aucun résultat.

Deux semaines plus tard, l'auteur constate que la muqueuse utérine se continue sur la tumeur qui remplit la cavité, que, par conséquent, il n'y a pas grossesse mais fibrome sous-muqueux. Encore trois semaines et la rétention d'urine est guérie. Le malade quitte l'hôpital.

Deux mois après la sortie de l'hôpital, la malade revient pour les troubles urinaires et la constipation, comme au début. La tumeur est adhérente à la paroi postérieure et au côté gauche de l'utérus; la cavité utérine mesure 4 centimètres et demi. On incise l'enveloppe du fibrome. Le troisième jour, toute la tumeur est descendue dans le vagin. Il suffit d'exercer sur elle des tractions un peu fortes pour le décortiquer et l'extirper. Gaze iodoformée, ergot de seigle.

L'opérée quitte l'hôpital au bout de trois semaines, complètement guérie. Le corps de l'utérus reste un peu hypertrophié. L. GALLIARD.

III. — Cl..., âgée de 35 ans, d'un caractère bizarre, taciturne, est opéré le 11 août d'un volumineux fibro-myome utérin. Le 17 avril, la malade tient des propos incohérents. Apyrexie. Le 20, l'agitation devient intense, il faut attacher la malade pour l'empêcher de se lever. Le 1er septembre, la malade est tantôt mélancolique, tantôt bruyante. L'intelligence s'affaiblit peu à peu, le délire devient de plus en plus mélancolique; le 3 octobre, la malade est évacuée sur Sainte-Anne. H. L.

IV. — L. Tait revient sur les opérations applicables aux myomes, et il affirme, contrairement à Keith, que l'hystérectomie est très inférieure à l'ablation des annexes, et beaucoup plus dangereuse. Il y a cependant des exceptions. Ce sont les cas où l'on a affaire à un myome œdémateux qui simule un kyste de l'ovaire. Ces formes ne sont pas justiciables du traitement d'Apostoli par l'électrolyse, ni de l'ablation des annexes : il faut alors faire l'hystérectomie. Il montre du reste par des exemples tirés de sa clinique, que l'électrolyse est loin d'arrêter les hémorragies et que bien souvent plutôt elle les provoque. L'opération de Tait est encore le meilleur traitement des myomes, qui sont une maladie de menstruation. H. R.

V. — Staeheli rapporte 16 observations de castration pour fibro-myomes utérins, pratiquée par Peter Müller; les plus anciennes ont déjà été l'objet d'une publication (*R. S. M.*, XXVI, 169). La première de ces opérations ne put être achevée parce que la tumeur ne put être immobilisée dans le petit bassin et qu'on ne put atteindre les ovaires.

L'intervention chirurgicale fut décidée 5 fois par des hémorragies seules, 9 fois par des hémorragies accompagnées de douleurs périodiques et 2 fois par des hémorragies avec douleurs continues.

11 des tumeurs étaient interstitielles et 5 sous-séreuses ; 6 avaient les dimensions d'un œuf, 5 celles du poing, 3 celles d'une tête d'enfant, et 2 dépassaient l'ombilic.

4 des opérées ont succombé, deux à une péritonite généralisée, une à un tétanos traumatique et la dernière à l'anémie.

Chez 10 opérées, les hémorragies ont complètement disparu après la castration; la 11e voit encore quelques taches de sang à intervalles périodiques. Chez 5 femmes, les douleurs ont totalement cessé. Chez une autre, elles se sont atténuées; enfin, chez les 2 dernières, elles ont repris toute leur intensité. Une tumeur a rétrocédé entièrement, 3 ont subi une diminution de volume très considérable; les autres opérées n'ont pas été examinées ultérieurement, mais elles ne s'aperçoivent pas de leur tumeur.

Müller fait l'incision sur la ligne blanche, puis il introduit un hystéromètre dans l'utérus pour rapprocher de la plaie le fond de l'organe et faciliter la recherche des ovaires. Quand ceux-ci ont un pédicule, on lui applique 2 ligatures à la soie avant d'enlever l'ovaire avec le thermocautère. S'il n'y a pas de pédicule, on attire l'ovaire dans la plaie et on le lie en plusieurs faisceaux. Toilette du péritoine avec une solution boriquée au centième. Suture épinglée. Chez 10 opérées, la réunion a eu lieu par première intention, sans élévation de température, en 8 ou 15 jours.

La première castration pour tumeur fibreuse de l'utérus a été faite en janvier 1876, par Trenholme (*R. S. M.*, IX, 178); la 2e, en août de la même année, par Hegar, qui n'avait d'ailleurs pas connaissance de l'opération de Trenholme (*R.* S. *M.*, XII, 571 ; XIII, 589; XV, 565 ; XIX, 594 ; XXI, 622; XXII, 239 ; XXIII, 585, 588, et 593 ; XXV, 229 et 632 ; XXVI, 613 ; XXVII, 575, 576 et 595; XXIX, 177 ; XXX, 555; XXXII, 545 et XXXIII, 140). J. B.

VI. — Femme de 39 ans, toujours bien portante et bien réglée. Premier accouchement en 1878, à huit mois et demi, d'un enfant qui ne vit que quelques jours ; la grossesse avait été accidentée par des pertes sanguines ; on soupçonna à la forme du ventre un utérus bicorne. En 1880, deuxième grossesse, accompagnée encore de quelques pertes. Accouchement normal, au cours duquel on constata de nouveau la forme bilobée de l'utérus, avec saillie de la corne droite.

Peu après, on reconnut une rétroversion due à la présence d'un fibrome du fond de l'utérus entraînant cet organe en arrière. A partir de 1884, la femme eut des ménorragies abondantes qu'on modéra avec l'ergotine. Mais en 1888, les hémorragies devinrent très violentes, résistèrent à tout traitement, et mirent rapidement la malade dans un état d'anémie tel qu'une intervention devint urgente.

On pouvait songer à la castration ou à l'énucléation de la tumeur par la laparotomie ou par le vagin. Spæth rejeta d'abord toute opération par la voie abdominale, vu l'état très grave de la femme et le danger du choc, et aussi pour éviter une éventration consécutive. Il se décida à intervenir par la voie vaginale, mais pour enlever complètement l'utérus, sans essayer l'énucléation de la tumeur : celle-ci était en effet située très haut dans la cavité utérine, vers la trompe droite; son ablation eût été difficile, et la section du col pouvait exposer la femme à une hémorragie fœtale.

L'hystérectomie vaginale fut donc pratiquée; elle dura une heure et demie à cause du soin particulier qu'on prit à faire l'hémostase. Il y eut très peu de sang de perdu. Au bout de cinquante-trois jours, après quelques complications rénales, la femme était guérie.

Des opérations analogues ont été faites par Brennecke, Bigelow, Richelot, Péan, Orthmann, Leopold. Spæth estime que l'hystérectomie vaginale pour myomes est indiquée dans certains cas rares, comme le précédent, où la femme est trop affaiblie pour qu'on puisse songer à la laparotomie, et où l'énucléation par le vagin pourrait être la source d'une nouvelle et grave hémorragie. CH. MAYGRIER.

VII. — La mortalité de la myotomie restant toujours élevée, 24 0/0, alors que celle de l'ovariotomie n'est que de 10 0/0 de celle de l'hystérectomie pour cancer de 11 0/0, Runge a renoncé à pratiquer cette opération dans les cas où ses indications résident uniquement dans les

hémorragies, et il n'y a plus recours qu'après avoir épuisé tous les autres modes de traitement.

La source de l'hémorragie étant une endométrite causée par la présence de la tumeur, l'auteur s'est attaché à guérir cette endométrite, et il recommande dans ce but le curettage suivi d'une injection de teinture d'iode. Ce traitement est selon lui celui qui donne les meilleurs résultats; il n'est passible d'aucun des reproches qu'on lui a adressés théoriquement, tels que de provoquer la gangrène de la tumeur; dans une série de quarante cas, Runge n'a vu survenir aucun accident fâcheux.

Voici comment il procède : il commence par se rendre un compte exact du siège de la tumeur par le cathétérisme utérin ; puis après avoir asepsié le vagin, il fait le curage de l'utérus avec une curette tranchante et lave la cavité avec une solution phéniquée. La malade est remise au lit, avec de la glace sur le ventre ; si, au bout de vingt-quatre heures, aucune complication n'est survenue, on pratique l'injection iodée. On fait pénétrer dans la cavité utérine avec une grande lenteur 50 centigrammes à 1 gramme de teinture d'iode : un lavage phéniqué consécutif entraîne la teinture en excès. Ces injections doivent être répétées toutes les vingt-quatre ou quarante-huit heures : on en fait ainsi six au moins, dix à quinze au plus. Après chaque séance, la malade est mise au lit pour vingt-quatre heures.

Dans tous les cas qu'il a traités ainsi, Runge a observé une grande diminution des hémorragies : la menstruation est devenue moins abondante, et au bout de trois ou quatre mois, les malades les plus anémiques étaient très améliorées. CH. MAYGRIER.

I. — Ein Fall von circumscriptem Cervixcarcinom und gleichzeitigem isolirten Krebsknoten im Fundus Uteri, par Karl ABEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 675, 29 *juillet* 1889).

II. — Ueber Krebs der Gebärmutter, par J. VEIT (*Idem*, *n°* 31, *p.* 701, 5 *août* 1889).

III. — Ueber die weitere Verwerthung die Endresultate der Totalexstirpation des Uterus in der Frauenklinik in Dresden, par MÜNCHEMEYER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 30, *p.* 685, 29 *juillet* 1889).

IV. — Ueber eine eimfache und leichte Methode der vaginalen Uterusexstirpation (Une méthode simple et facile d'hystérectomie vaginale), par C. LIEBMAN (*Centr. für Gyn.*, 15, 13 *avril* 1889).

V. — Totaleexstirpation einer carcinomatösen Gebärmutter im 6 Monat der Schwangerschaft (Ablation totale d'un utérus cancéreux à six mois de grossesse), par ZWEIFEL (*Centr. für Gyn.*, 12, 23 *mars* 1889).

VI. — Fünf Fälle von Totalexstirpation des Uterus nach der Freundschen Methode (Cinq cas d'extirpation totale de l'utérus par la méthode de Freund), par W. USPENSKI (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XVI*, 2).

I. — Schauta (*Prager med. Woch.*, n° 28), Binswanger (*Ibidem*), Stratz (*Centralbl. f. Gynæk.*, 1888, n° 20) ont publié des cas dans lesquels, à côté d'un cancer bien limité du col ou du canal cervical, il existait, dans le fond de l'utérus, un noyau carcinomateux isolé.

En voici un nouvel exemple chez une opérée par Leopold Landau.

Femme de 62 ans, sans antécédents morbides; 10 accouchements et 3 fausses couches; ménopause à 51 ans. Depuis quelques mois, pertes sanguines indolores peu considérables, deux fois par mois. Dans les derniers temps, l'effort nécessaire aux garde-robes suffit à provoquer un écoulement de sang.

Rien d'anormal à l'extérieur du col, qui est dur et se laisse facilement entr'ouvrir; l'intérieur du canal cervical est envahi par un cancer mou, à structure alvéolaire. Ablation totale de l'utérus avec les pinces de Richelot. Guérison sans incidents.

Examen microscopique de l'utérus : le néoplasme avait rongé presque toute l'épaisseur de la paroi postérieure du conduit cervical, mais il cessait nettement à 1 centimètre au-dessous de l'orifice interne. La lèvre antérieure et la partie vaginale du col étaient indemnes.

Au voisinage du fond de l'utérus, sur la paroi postérieure, nodosité grosse comme un pois, présentant la même structure alvéolaire. Le reste de la muqueuse du corps utérin était seulement enflammée chroniquement. J. B.

II. — Dès 1878, J. Veit et Ruge ont publié un fait analogue à ceux d'Abel, de Schauta, de Binswanger et de Stratz. J. B.

III. — Münchmeyer donne le résultat de 110 ablations totales de l'utérus. L'opération a été faite 80 fois pour un cancer : 37 des opérées sont restées plus de 1 an sans récidive; 17 fois elle a été pratiquée pour un corps fibreux, 4 fois pour un prolapsus considérable, 5 fois pour des troubles nerveux graves, et 3 fois pour un sarcome de l'ovaire. Chez huit femmes, on a enlevé, en outre, les annexes utérines.

Il y a eu 6 morts sur ces 110 opérations.

Dans la discussion, Freund cite un cancer opéré depuis 11 ans sans récidive.

Olshausen répond qu'il a vu des récidives survenir même après ce long espace de temps. J. B.

IV. — Liebman a recherché sur le cadavre un procédé simple et rapide d'hystérectomie vaginale, et il le résume ainsi. Il commence par ouvrir largement le cul-de-sac postérieur du vagin et l'espace de Douglas; l'ouverture doit être assez étendue pour que l'indicateur puisse aisément parcourir toute la surface postérieure des ligaments larges, et explorer l'utérus en arrière; quelques points de suture sont ensuite placés pour réunir le péritoine à la paroi postérieure du vagin. Puis le cul-de-sac antérieur du vagin est ouvert à son tour largement, dans la même étendue que le postérieur; on sépare la vessie de la face antérieure du col, et on incise le repli vésico-utérin dans une largeur telle qu'on puisse aisément explorer la face antérieure de l'utérus et des ligaments larges. Ces derniers se trouvent ainsi très accessibles au doigt. On suture le péritoine à la paroi antérieure du vagin.

L'indicateur gauche est alors porté profondément derrière l'utérus et le fait basculer en avant; une pince, placée sur le col et confiée à un aide, maintient l'organe par en bas. Puis le même doigt va accrocher le bord supérieur du ligament large droit, et avec une aiguille de Deschamps très recourbée, on place sur ce ligament trois ou quatre ligatures superposées. On procède de la même façon, du côté gauche, pour le ligament correspondant, et en commençant par la base du ligament. Quand cette base est ligaturée, on sectionne des deux côtés les ligaments larges jusqu'à la hauteur de cette première ligature. On place une ligature

plus haut et on sectionne jusqu'à ce niveau, et ainsi de suite jusqu'à ce que, la dernière ligature étant en place, on ait séparé complètement les deux ligaments de l'utérus. Ce dernier une fois extrait, on laisse la cavité péritonéale ouverte et on remplit le fond du vagin avec un tampon de gaze iodoformée.

Cette manière d'opérer est simple et facile, ne s'accompagne pas d'hémorragie, et assure l'hémostase. Elle présente les avantages suivants : recherche et exploration commodes des ligaments larges; impossibilité de léser les uretères par suite du décollement préalable de la vessie; orientation facile pour poser les ligatures, grâce au maintien de l'utérus *in situ* jusqu'à la fin de l'opération.

Cette méthode ressemble à celle de Müller et Landau; mais ces auteurs emploient, comme Richelot, la forcipressure pour l'hémostase des ligaments larges; Liebman préfère les ligatures immédiates avec l'aiguille de Deschamps.

Il a opéré ainsi deux femmes avec succès. CH. MAYGRIER.

V. — L'influence de la grossesse sur le cancer utérin se traduit d'ordinaire par une aggravation et une extension rapide du néoplasme. Aussi, lorsqu'au début de la grossesse on constate l'existence d'un cancer limité à l'utérus sans propagation au voisinage, est-il indiqué de pratiquer une opération radicale : on ne tient, dans ce cas, aucun compte de l'enfant; le seul but est de sauver la mère. C'est ainsi que Zweifel est intervenu au sixième mois de la grossesse dans les conditions suivantes :

Chez une femme de 32 ans, ayant eu six accouchements antérieurs et habituellement bien portante, la menstruation cessa de nouveau en mai 1888, et les signes d'une grossesse apparurent. Mais en même temps il existait des douleurs vives dans le côté gauche du ventre, puis des hémorragies survinrent à partir de septembre. A ce moment, un examen direct permit de reconnaître l'existence d'un cancer du col, sans extension aux parties voisines. Afin de juger de la rapidité de la marche de l'affection, on plaça un point de suture sur le col, à la limite du tissu malade. Or, en quinze jours, le néoplasme gagna le tissu sain dans une étendue de deux travers de doigt au delà de la suture.

Devant cette marche envahissante, Zweifel pratiqua à six mois de grossesse l'extirpation totale de l'utérus. Le manuel opératoire fut le suivant: libération du col par le vagin avec le thermocautère et ouverture du cul-de-sac de Douglas, puis laparotomie. Une ligature élastique fut placée autour du col, et l'utérus fut attiré au dehors et incisé; le fœtus une fois extrait, le corps de l'utérus fut sectionné au-dessus de la ligature et enlevé avec le placenta; l'abdomen fut refermé. Dans un dernier temps, l'extirpation totale fut complétée par la voie vaginale, suivant les mêmes règles que pour toute hystérectomie vaginale. Malgré des complications dues à l'indocilité de la malade, elle guérit.

L'extirpation totale de l'utérus gravide atteint de cancer n'avait été pratiquée que quatre fois : deux fois par Schrœder et une fois par Bischoff avec insuccès, une fois à six mois de gestation par Spencer Wells avec succès. Dans tous ces cas, l'opération fut faite suivant la méthode de Freund. CH. MAYGRIER.

VI. — Le discrédit dans lequel est tombée l'opération de Freund pour l'extirpation totale de l'utérus s'explique par l'énorme chiffre de sa mortalité, 70 0/0. Toutefois Uspenki fait remarquer qu'on l'a pratiquée bien

souvent à tort, en méconnaissant ses indications spéciales. D'autre part, les statistiques montrent que dans l'immense majorité des insuccès, la mort est survenue par péritonite septique et par choc opératoire. Or, ces deux dangers peuvent être aujourd'hui très atténués : la péritonite par une application rigoureuse de l'antisepsie, le choc par une série de modifications qui abrègent la durée de l'opération. En ce qui concerne ces modifications, il en est surtout une qui permettra désormais d'éviter les lésions des uretères, de la vessie et du rectum, et les hémorragies: c'est l'ouverture préalable des culs-de-sac vaginaux et la ligature par le vagin des artères utérines. Avec cette technique nouvelle, l'opération de Freund doit reprendre sa place en gynécologie. Elle aura toujours son indication dans les cas de cancer limité à l'utérus qui ne sont pas justiciables de l'hystérectomie vaginale.

L'auteur appuie cette assertion sur cinq opérations pratiquées à Moscou suivant toutes les règles nouvelles. La première fut faite pour un cancer du corps; la malade guérit. La deuxième pour un fibrome interstitiel, et la troisième pour un sarcome intra-utérin furent suivies de mort; mais l'issue fatale ne fut due, dans aucun de ces cas, à la septicémie, mais à des accidents réflexes post-opératoires. La quatrième opération faite chez une femme atteinte de cancer du col à forme diffuse, et la cinquième pour un carcinome du col et un fibrome interstitiel furent suivies de guérison. CH. MAYGRIER.

Leçons de clinique obstétricale, par P. BUDIN (*In*-8° *avec pl. en couleurs*, *Paris*, 1889).

Dans ces leçons on retrouvera les qualités d'érudition et de sens clinique de l'auteur. Il a inauguré, dans les figures qui viennent à l'appui du texte, une représentation en couleurs différentes qui rendent ses démonstrations particulièrement claires et instructives.

Parmi les chapitres de l'ouvrage nous trouvons exposées avec clarté et détails des idées qui ont déjà été l'objet de mémoires spéciaux qui ont été ou qui seront analysés dans la *Revue*. La leçon sur les hémorroïdes se trouvait dans la thèse d'agrégation de Budin sur les varices. Les paralysies obstétricales ont été exposées dans la thèse de Roulland; l'emploi du naphtol β pour traiter l'ophtalmie des nouveau-nés est mentionné dans *le Bulletin de la Société de Biologie* 1888; la disposition des œufs dans la grossesse gémellaire, dans la thèse de Lamiot, 1888; le prolapsus de l'utérus gravide, dans la thèse de Gorodichze 1889; la galactophorite, dans la thèse de Cataliotti 1889. Revenir ici sur les faits qui y ont été mis en lumière, exposerait à des répétitions.

Nous attirons particulièrement l'attention sur la leçon qui a trait à l'organisation de l'enseignement pratique des accouchements à la clinique de la Faculté.

Dans un chapitre très intéressant, l'auteur étudie les hémorragies utérines internes, externes et mixtes dans le cours de la grossesse. Il montre les rapports de ces accidents avec les lésions placentaires qui accompagnent l'albuminurie et leur gravité, surtout en ce qui concerne le santé du fœtus.

Deux chapitres sont destinés à l'extraction de la tête dernière arrêtée au détroit supérieur ou sur le plancher périnéal. Partisan de la version

lorsque la tête fœtale n'est pas amorcée au détroit supérieur, Budin démontre le mécanisme suivant lequel elle doit le traverser, et accorde son assentiment à la manœuvre qu'a recommandée Champetier de Ribes. Au détroit inférieur, l'extraction manuelle de la tête doit être remplacée par l'application du forceps dans quelques rares circonstances.

Les leçons sur l'évolution spontanée et sur la présentation de l'épaule présentent de l'intérêt au sujet de l'historique en particulier et au sujet de l'exposé des doctrines de Denman et de Douglas.

Nous nous bornons à signaler les leçons sur la délivrance artificielle, sur le traitement de la présentation du siège, sur les soins à donner au nouveau-né en état de faiblesse congénitale, sur les difficultés de l'allaitement et sur les teterelles, sur la grossesse triple, sur la grossesse compliquée de tumeur. Ces chapitres seront lus avec grand profit par les élèves et par les praticiens.

En quatre leçons, l'auteur passe en revue les notions qui peuvent être enseignées par la pratique du toucher. On y trouvera de nombreuses instructions. J'insiste en particulier sur ce qui concerne l'examen du bassin, sur une disposition particulière, présentée par les épaules rapprochées et simulant la rainure interfessière.

A propos du bassin cyphotique, on trouve une étude intéressante sur les dimensions relatives du diamètre bi-ischiatique, et du diamètre bi-sciatique. C'est quelquefois ce dernier qui est le plus étroit. L'auteur explique ces différentes variétés de rétrécissement.

Dans le cours de ces leçons, Budin relate un très grand nombre d'observations personnelles, sur lesquelles il appuie ses utiles démonstrations. PORAK.

Les accouchements à la cour, par G.-J. WITKOWSKI (*In-8°, Paris, avec 208 figures dans le texte*, 1889).

L'auteur relate, dans un style clair et très attachant, les incidents curieux et les singularités observés pendant la grossesse ou l'accouchement des souveraines de toutes les nations, depuis les temps les plus reculés jusqu'à nos jours. Il indique aussi le cérémonial particulier à leurs couches, ainsi que les fêtes et les réjouissances relatives à la naissance des Dauphins. Il donne ainsi des détails fort intéressants, peu connus ou même tout à fait ignorés.

Il reproduit, en outre, *in extenso*, les six couches de Marie de Médicis, par Loyse Bourgeois. Cet ouvrage est introuvable.

Enfin, il s'étend longuement sur les accouchements de la duchesse de Berry, en citant les passages les plus intéressants des volumineux mémoires de Deneux, dont il possède le manuscrit. Il fait ainsi profiter le public de ces curieux documents, inédits pour la plupart et qui appartiennent à l'histoire. P.

Contribution à l'étude des rapports de la grossesse et de quelques affections du système nerveux, par CHAMBRELENT (*Journ. de médec. de Bordeaux, janvier et février* 1889).

L'étude des relations, qui peuvent exister entre l'état de grossesse et les divers états pathologiques, a conduit Chambrelent à recueillir un certain nombre d'observations intéressantes.

Il rapporte, tout d'abord, un cas de paraplégie survenue chez une multipare enceinte de six mois, qui, l'année précédente, avait présenté des phénomènes de paralysie du côté de l'œil. Après l'accouchement, qui se fit, pour ainsi dire, à l'insu de la malade, il n'y eut d'amélioration, sous l'influence de l'iodure de potassium, qu'au bout d'un an et demi. D'après l'auteur, la grossesse n'aurait agi, dans ce cas, comme cause déterminante, que parce que les centres nerveux étaient déjà malades.

Chez une autre femme, qui, avant sa grossesse avait été atteinte de crises d'épilepsie et de crises parfaitement distinctes d'hystérie, développées peu de temps après une première grossesse, on a noté, pendant la gestation, la plus grande fréquence des accès épileptiques et, au contraire, la disparition des manifestations hystériques qui ont reparu peu de temps après l'accouchement.

L'auteur donne ensuite la relation de trois cas de méningite tuberculeuse apparaissant chez des femmes grosses; de leur étude critique il conclut que la méningite, contrairement à ce qui a lieu pour les autres maladies aiguës graves, ne paraît pas interrompre le cours de la grossesse. Le fœtus reste vivant jusqu'à la période ultime de la maladie, et ne paraît pas participer au processus tuberculeux. En provoquant l'accouchement à une époque suffisamment avancée, c'est-à-dire après le septième mois, on aurait les plus grandes chances pour avoir un enfant vivant.

Après avoir donné une observation de grossesse chez une femme atteinte de tabes spasmodique, et chez laquelle il n'y a rien eu de spécial, Chambrelent signale un fait d'augmentation de tic convulsif des membres inférieurs sur une jeune femme, antérieurement atteinte de phénomènes convulsifs, non douloureux, de la face et des membres; l'accouchement terminé, les accidents diminuèrent peu à peu et redevinrent ce qu'ils étaient avant la grossesse. OZENNE.

Statisch-mecanische Untersuchungen über die Haltung der Schwangeren (Recherches mécaniques sur l'attitude des femmes enceintes), par KUHNOW (*Arch. für Gyn.*, *XXXV*, 3).

A l'aide d'un dispositif spécial et d'une méthode graphique particulière, Kuhnow a recherché les modifications qui surviennent dans l'attitude du corps et dans sa direction chez les femmes enceintes. Ses conclusions, un peu différentes de celles d'autres auteurs, sont les suivantes :

L'attitude de tout le corps est modifiée pendant les derniers mois de la grossesse. La femme se tient en équilibre suivant deux types différents. Dans le premier qui est le plus fréquent, le corps tout entier est incliné en arrière; dans le second, qui ne s'observe que 20 fois sur 100, il y a une inclinaison compensatrice du dos en avant.

La direction de la colonne vertébrale est modifiée. La courbure de la colonne cervicale est redressée. La courbure dorsale est, au contraire, plus saillante. La colonne lombaire est plus allongée et redressée; bien que la lordose lombaire paraisse plus accentuée, elle est, en réalité, moins marquée, si l'on en juge d'après la direction de la colonne lombaire.

L'inclinaison du bassin est moindre ou reste la même dans les derniers mois de la grossesse.

Les hanches sont, dans le plus grand nombre des cas, reportées en arrière.

Le sternum est soulevé dans sa partie inférieure, d'où agrandissement du diamètre antéro-postérieur du thorax. CH. MAYGRIER.

De l'état du muscle utérin puerpéral dans les conditions pathologiques, par P. DITTRICH (*Zeitschrift für Heilkunde, vol. X, n° 1, p. 15*).

Des recherches personnelles de l'auteur, il résulte que normalement il ne se détruit aucun faisceau musculaire de l'utérus pendant son involution; les fibres reprennent simplement leur forme et leur volume primitifs. Une partie des artères subit les altérations signalées par Balin comme dues à l'endartérite oblitérante.

D'une manière constante dans l'infection puerpérale, et parfois aussi dans d'autres maladies survenant pendant les premières semaines qui suivent l'accouchement, on constate un retard de l'involution utérine; un nombre plus ou moins considérable des faisceaux musculaires se détruisent, soit par dégénérescence hyaline, soit par nécrose directe. Cette nécrose peut atteindre, quoique plus rarement, la tunique moyenne des artères.

Les fibres de l'utérus puerpéral contiennent une quantité de graisse plus ou moins considérable, parfois nulle; cette graisse paraît tout à fait indépendante de la marche de l'état puerpéral, et elle n'est peut-être que la manifestation de la régression utérine.

Dans les cas où l'on a constaté la destruction partielle du muscle utérin, on n'a jamais pu mettre en relief la néoformation de fibres musculaires. Cette mollesse de l'utérus qui, dans les cas pathologiques, persiste souvent longtemps après l'accouchement, trouve son explication dans cette destruction partielle; la même cause agit pour amener le ramollissement utérin dans l'âge avancé. LEFLAIVE.

Azione dell' antipirina sull' utero durante il parto ed il puerperio, par E. PINZANI (*Bullettino delle Scienze mediche di Bologna*, 1889).

Donnée à doses thérapeutiques pendant le travail, l'antipyrine a, sur le pouvoir contractile et rétractile de l'utérus, une action dépressive qui commence à se manifester au bout d'une demi-heure, et atteint son maximum pendant la deuxième ou la troisième demi-heure quand l'antipyrine a été injectée sous la peau, pendant la quatrième et la cinquième quand elle a été administrée par la voie gastrique. L'action de l'antipyrine sur l'activité de l'utérus semble d'autant plus intense que le travail est moins avancé et la dose de médicament plus considérable. Pendant les suites de couches, l'antipyrine administrée à dose thérapeutique produit également la diminution de la contractilité de l'utérus avec toutes ses conséquences et avec d'autant plus d'intensité que la dose a été plus considérable. Elle diminue légèrement et passagèrement les douleurs produites par la contraction de l'utérus pendant l'accouchement ou pendant les suites de couches; mais cet avantage est trop peu considérable, eu égard aux inconvénients résultant de l'affaiblissement de la contractilité, pour qu'il soit prudent de l'employer. GEORGES THIBIERGE.

Ueber Nabelschnur und Uteringeräusch (Du souffle ombilical et utérin), par L. ETTINGER (*Thèse inaugurale, Zurich* 1888, *et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 16, p. 504, 15 août* 1889).

De l'observation méthodique, à la clinique de Breisky, de 12 cas de

souffle ombilical, Ettinger conclut que, la plupart du temps, ce bruit a son origine dans le cordon lui-même, par suite de la compression de ses vaisseaux, provoquée soit par l'entortillement, soit par des nœuds, soit par la brièveté du cordon.

Ce n'est qu'exceptionnellement qu'on peut trouver dans le cœur fœtal l'origine de ce souffle, qui est partant nommé, à juste titre, souffle ombilical.

Ettinger a étudié le *souffle utérin* dans 100 accouchements consécutifs. Il l'a constaté 88 fois dont 63 à gauche, 12 à droite, 10 des deux côtés et 3 fois sur tout l'abdomen. La plus grande fréquence à gauche s'explique par la position normale de l'utérus du côté opposé; en effet, dans les 12 cas où le souffle utérin était perçu à droite, l'utérus n'avait pas sa position normale.

60 fois sur les 88, le souffle utérin fut encore perceptible après l'accouchement. C'est chez les multipares qu'on l'entendit le plus longtemps. (*R. S. M.*, III, 219; VIII, 243 et 244; X, 573; XI, 173; XXVII, 219, XXX, 191 et XXXI, 143.) J. B.

Recherches expérimentales sur la migration externe de l'œuf, par HEINRICIUS (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., janvier* 1889).

Dans huit expériences sur les lapines, l'auteur a enlevé l'ovaire d'un côté et lié la trompe de l'autre côté. Les animaux ont survécu et quoique vivant avec des mâles, une seule des opérées a été fécondée. Chez elle, il est évident que l'ovule parti de l'ovaire existant seul a dû parcourir toute l'étendue de la paroi abdominale pour aborder la trompe opposée, seule perméable. C'est donc un cas avéré de migration externe de l'œuf. Mais c'est le seul cas sur huit opérations. On peut en conclure que si la migration externe est possible, elle ne se produit néanmoins que très rarement. Cette conclusion trouverait des applications intéressantes dans l'interprétation de certaines grossesses extra-utérines tubaires chez la femme, existant d'un côté avec constatation du *corpus luteum verum* sur l'ovaire du côté opposé. PORAK.

Du cloisonnement transversal incomplet du col de l'utérus, par BLANC (*Arch. de tocologie, mai* 1889).

Dans deux cas, l'auteur a observé des cloisonnements transversaux du col. Il existe un très petit nombre de ces anomalies. Le cloisonnement siège au-dessus de l'orifice externe, très rarement au-dessus de l'orifice interne. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'une malformation congénitale, car elle a été observée plusieurs fois chez des secondipares. Lorsqu'elle existe, la dilatation du col ne se produit pas régulièrement, et c'est bien à la bride qu'est due l'irrégularité du travail, car lorsqu'elle est sectionnée, le col se dilate ensuite régulièrement et même quelquefois rapidement. PORAK.

Présentation de l'épaule répétée 13 fois chez la même femme, par EUSTACHE (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., mai* 1889).

Le premier accouchement de la femme en question avait été difficile, les treize accouchements consécutifs se sont tous terminés par une version nécessitée par la présentation de l'épaule de l'enfant. Le version par ma-

nœuvres externes tenté au dernier accouchement ne permit pas de rectifier la présentation vicieuse à cause de la petitesse du fœtus, de l'abondance de liquide amniotique et de l'enroulement du cordon autour du bras de l'enfant.

A propos de cette observation, l'auteur mentionne qu'il observa chez six femmes la récidive de la présentation de l'épaule à deux accouchements successifs.

La cause certaine de la répétition de cette présentation vicieuse lui a échappé. PORAK.

De la conduite à tenir pendant le travail dans les variétés postérieures de la présentation du sommet, par BATAILLARD (*Thèse de Paris*, 1889, *et Ann. de Gyn.*, *août* 1889).

Sur 400 cas d'occipito-postérieures, 353 fois l'accouchement s'est terminé spontanément après réduction en occipito-pubienne. L'accouchement est dans ce cas d'autant plus long que l'enfant est plus gros, plus long encore chez les primipares que chez les multipares. Il est ordinairement retardé de deux heures à trois heures et demie.

41 fois sur 400 la rotation ne dépasse pas le diamètre transverse du bassin, alors le travail est beaucoup plus long, mais la période de dilatation du col est surtout allongée. La lèvre antérieure du col l'œdématie et *fait cale*. La raison de ce retard du travail réside dans un défaut de flexion de la tête.

6 fois seulement, la rotation de l'occiput a lieu en arrière. Elle est déterminée par un défaut de l'accommodation : multiparité, surdistension de l'utérus (grossesse gémellaire, hydramnios, etc.), faible volume du fœtus, état de macération de celui-ci, manœuvres intempestives. La durée du travail dans ce cas n'est pas nécessairement augmentée, ni non plus le pronostic pour la mère et pour l'enfant.

Lorsque le travail tarde trop longtemps après la dilatation complète ou que des indications spéciales sont fournies par l'état de santé de la mère ou celle de l'enfant, l'emploi du forceps est la méthode de choix. On devra alors chercher à déloger la tête avec la main et transformer l'O. postérieure en O.T ou en O.A, et faire une application régulière des cuillers sur les apophyses malaires, la concavité de l'instrument dirigée vers l'occiput ; si on ne peut pas déloger la tête, il faut faire l'application du forceps, concavité des cuillers regardant la face, et alors obtenir systématiquement la rotation de l'occiput en arrière. PORAK.

Schräges Becken in Folge von Sklerodermie (Viciation du bassin consécutive à la sclérodermie), par F. TORGGLER (*Cent. f. Gyn.*, *n°* 35, 31 *août* 1889).

Torggler fut appelé le 31 octobre auprès d'une jeune femme de 18 ans, primipare, en travail depuis vingt-trois heures, ayant perdu les eaux trois heures auparavant. Elle est d'apparence faible et sénile ; le corps est grêle, et le membre inférieur droit présente des lésions singulières. Il est atrophié dans toute sa longueur et réduit au tiers de son volume ; l'articulation de la hanche est mobile, mais celle du genou est presque complètement ankylosée, le pied est atteint d'équinisme. La peau présente une rougeur diffuse, plus foncée à la partie postérieure du membre, où elle est parsemée de taches pigmentées jaunâtres, et où elle s'exfolie par petites écailles. Il existe dans le jarret un repli cutané large, dur, inextensible. A la jambe, l'épiderme est dur, sec, parcheminé, et la peau adhère aux os sans intermédiaire de tissu cellu-

laire ni musculaire. La peau reparaît saine au niveau de l'articulation du cou-de-pied. Rien d'anormal sur le reste du corps ni du côté des organes génitaux externes.

Il s'agit là d'un fait rare de sclérodermie des extrémités. Cette affection serait survenue à l'âge de 13 ans, à la suite d'une chute faite dans un fossé plein d'eau que la malade voulait franchir. Elle a débuté par une rougeur et une tension de la peau au niveau de la malléole droite et s'est étendue progressivement à tout le membre, résistant à tout traitement, annihilant le fonctionnement du membre, et obligeant la malade à marcher avec une béquille.

Au toucher vaginal, on trouve la tête au détroit supérieur, placée transversalement, l'occiput à droite. Vu la longue durée du travail et l'état de souffrance de l'enfant, on termine l'accouchement par une application de forceps : l'enfant extrait, du sexe masculin, est en état d'asphyxie, mais est facilement ranimé.

La lésion du membre inférieur remontant à un âge où le bassin était encore en plein développement, l'auteur a supposé l'existence d'une viciation pelvienne que l'examen est venu confirmer. Le bassin est incliné latéralement ; il a subi un mouvement d'abaissement de gauche à droite. De plus la moitié gauche de l'excavation est plus étroite que la moitié droite : la ligne innominée gauche est redressée et le bassin a ainsi une forme oblique ovalaire.

Ces modifications du bassin sont celles qu'on observe dans les cas d'atrophie d'un des membres inférieurs, survenue dans le jeune âge : le bassin est aplati latéralement du côté sain par suite de la pression presque exclusive du membre inférieur sain sur ce côté. Mais l'auteur pense qu'au point de vue étiologique, son observation est unique.

La sclérodermie siégeant sur les membres inférieurs peut donc être une cause de dystocie en viciant le bassin. Elle pourrait encore rendre l'accouchement difficile lorsqu'elle occupe le vagin, comme Heller en a rapporté un exemple, la dureté, l'inextensibilité et la résistance des parties molles faisant alors obstacle à la progression du fœtus.

CH. MAYGRIER.

I. — Zur Lehre von der Albuminurie in der Schwangerschaft und bei der Geburt (Albuminurie pendant la grossesse et pendant le travail), par L. MEYER (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XVI*, 2).

II. — Ueber Albuminurie bei der mit Zwillingen, Hydramnios, engem Becken oder Syphilis complicirten Schwangerschaft und Geburt (De l'albuminurie liée à la grossesse et à l'accouchement dans les cas de jumeaux, d'hydramnios, d'étroitesse du bassin ou de syphilis), par L. MEYER (*Ibidem*, *XVII*, 1).

I. — Dans un long mémoire dont nous ne pouvons que donner les conclusions, L. Meyer étudie l'albuminurie pendant la grossesse et le travail, sa marche, son influence sur la vitalité du fœtus et ses rapports avec certaines modifications placentaires.

Il fait une distinction importante entre l'urine albumineuse qui ne contient pas de cylindres et celle qui en renferme ; dans ce dernier cas l'albuminurie est d'origine rénale.

Sur 1,124 femmes enceintes arrivées à la seconde moitié de leur grossesse, il y en a eu 61 atteintes d'albuminurie (5,4 0/0), 22 d'albuminurie avec cylindres (2 0/0). Cette dernière forme s'est montrée un peu plus fréquente dans les premières et dans les dernières grossesses. L'âge n'a aucune influence sur la fréquence de l'albuminurie. Les cylindres appa-

raissent surtout dans l'urine entre la 20e et la 24e semaine, puis de la 38e à la 39e. C'est le plus fréquemment 101 à 170 jours et 1 à 14 jours avant l'accouchement que survient l'albuminurie. Parmi les femmes examinées dans les 30 derniers jours, 47,1 0/0 avaient de l'albumine avec des cylindres. Il y eut accouchement prématuré dans 27,7 0/0 des cas d'albuminurie simple et dans 41,2 0/0 des cas d'albuminurie avec cylindres.

Sur 1,138 femmes en travail, l'albuminurie simple fut constatée 25 fois sur 100 et 12 fois sur 100 avec cylindres. Elle fut plus fréquente chez les primipares, sans que l'âge puisse entrer en ligne de compte.

Dans la règle, l'albuminurie survenue pendant le travail disparaît après l'accouchement, tandis que celle qui date de la grossesse persiste bien plus longtemps. L'albuminurie avec cylindres disparaît dans la moitié des cas dans les 4 jours qui suivent l'accouchement; mais souvent elle se prolonge et peut durer très longtemps ; quelquefois même elle persiste indéfiniment, et le pronostic est surtout sérieux quand elle date de la grossesse.

Les femmes albuminuriques donnent naissance à des enfants morts dans la proportion de 2,1 0/0 ; si l'urine contient des cylindres, ce chiffre s'élève à 2,9 0/0.

Le décollement prématuré du placenta et la présence d'infarctus blancs dans son épaisseur ont été observés dans 2,2 0/0 des cas chez les albuminuriques simples et dans 6,7 0/0 des cas chez les albuminuriques avec cylindres. Ces lésions placentaires ont été surtout fréquentes quand l'albumine était très abondante dans l'urine. CH. MAYGRIER.

II. — Ce travail complète le précédent, et l'auteur résume ainsi ses recherches :

1° Sur 15 femmes enceintes de jumeaux, 14 ont eu une urine non albumineuse ; une seule qui avait en même temps un bassin étroit présenta des traces d'albuminurie.

Dans 20 cas d'accouchements multiples, l'urine fut normale 10 fois, albumineuse 4 fois, albumineuse avec cylindres 6 fois.

2° Trois femmes enceintes avec hydramnios eurent une urine normale.

Sur 8 femmes en travail avec hydramnios, 6 ne présentèrent pas d'albumine, et 2 seulement eurent de l'albuminurie, l'une avec l'autre sans cylindres.

3° Sur 23 femmes enceintes avec bassin vicié, une seule eut une légère albuminurie.

Sur 28 femmes en travail avec bassin vicié, 15 furent albuminuriques, dont 9 avec des cylindres dans l'urine.

4° De 39 femmes syphilitiques enceintes, 35 eurent l'urine normale, 1 eut de la pyurie et 3 présentèrent de l'albuminurie, dont 1 avec cylindres.

Sur 53 syphilitiques en travail, 5 eurent de l'albuminurie simple et 12 de l'albuminurie avec cylindres. CH. MAYGRIER.

I. — **Lésions hépatiques de l'éclampsie puerpérale, par PILLET** (*Arch. d'obst. et de gyn., novembre* 1888).

II. — **Lésions du foie dans l'éclampsie avec ictère, par PILLET et LETIENNE** (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., juillet et août* 1889).

I. — Dans deux observations d'éclampsie puerpérale mortelle, on observe

une fois de l'atrophie jaune aiguë du foie, l'autre fois, des sugillations ecchymotiques multiples autour du système porte dans le tissu hépatique. P. confirme les conclusions de certains mémoires, qui établissant les rapports des lésions hépatiques avec l'éclampsie, tendaient à admettre l'existence d'une variété *d'éclampsie cholémique*. Il insiste sur la coïncidence fréquente des hémorragies du foie et des hémorragies cérébrales.

II. — De cinq nouvelles observations d'éclampsie puerpérale avec ictère et suivie de mort, les auteurs tirent les conclusions suivantes. L'ictère est une complication très grave de l'éclampsie; la mort, constamment observée, est survenue de quelques heures à deux ou trois jours après l'attaque d'éclampsie. Il survient cependant assez tardivement. Son début est insidieux et ses symptômes s'éloignent assez notablement de ceux de l'ictère grave. La coloration de la peau reste jaune-soufre et n'atteint pas le vert-olive. Les réactions de l'urine sont caractéristiques, il y a décoloration des selles, la température n'augmente pas sensiblement. La mort survient avec des convulsions et le coma, mais sans subdelirium, ni fuliginosités de la langue, ni délire.

Les lésions hépatiques débutent par les capillaires au voisinage des espaces portes. Les dilations vasculaires sont probablement de nature embolique, mais le point de départ de l'embolie est ignoré. Ces dilatations vasculaires deviennent ampulliformes, leur amas offre un contour irrégulier et découpé comme une carte de géographie. Le tissu du centre de ces amas est frappé de désintégration rapide. Virchow pensait qu'il s'agissait là d'embolie graisseuse. Juergens n'y a pas trouvé de microbes. Les voies biliaires sont dilatées. Pas de sclérose, ni d'accumulations embryonnaires en dehors des infarctus. Lorsque ces infarctus sont nombreux, ils donnent aux lésions hépatiques une certaine ressemblance avec les lésions de l'ictère grave.

Ces lésions peuvent exister avec quelques variétés dans l'éclampsie blanche et dans l'éclampsie avec ictère.

L'origine de ces lésions reste encore hypothétique. PORAK.

I. — Ueber die durch Verengerung des Contractionsringes... (Rétention du placenta consécutive au resserrement de l'anneau de contraction), par W. FREUND (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, *XVI*, 1).

II. — Die Ursachen der Placentarretention... (Des causes de la rétention du placenta après l'accouchement à terme), par AHLFED (*Ibidem*, *XVI*, 2).

III. — Zur Frage der Behandlung der Eihautretentionen (Traitement de la rétention des membranes), par EBERHART (*Ibidem*, *XVI*, 2).

I. — Les cas de contraction du col après l'accouchement et la rétention du placenta consécutive ne sont pas rares, mais la raison de cette contraction de l'orifice interne, la cause qui fait qu'elle se produit souvent chez la même femme à plusieurs accouchements consécutifs, n'a guère été élucidée jusqu'à présent : l'étiologie donnée dans les traités d'accouchements, tractions intempestives sur le cordon, adhérences placentaires, métrite ancienne, emploi du seigle ergoté, etc., est insuffisante à expliquer la constriction du col.

Freund, rapportant 7 observations de rétention placentaire causée par

un resserrement de l'anneau de contraction, a fait dans deux cas une remarque très importante : dans l'un il y avait antéflexion congénitale, dans l'autre antéflexion acquise de l'utérus. Or, on sait qu'une des particularités de ce déplacement est de s'accompagner d'un rétrécissement de l'orifice interne. L'auteur pense qu'une telle disposition a une influence sérieuse sur la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. C'est en particulier chez les femmes, atteintes antérieurement d'antéflexion avec rétrécissement du col, qu'on voit, après la sortie du fœtus l'utérus reprendre son attitude vicieuse, ses parois devenir rigides et le col être le siège d'un resserrement qui empêche la sortie du placenta. Cette disposition naturelle qu'a l'anneau de contraction à se refermer sera encore exagérée si une cause accessoire, ergot de seigle, tractions sur le cordon, etc., vient s'y ajouter.

La conclusion pratique qui s'impose est qu'on doit agir d'une façon préventive chez les femmes reconnues atteintes d'antéflexion pour éviter la rétention du placenta : s'abstenir pendant la délivrance de toute manœuvre telle que frictions, tractions, etc., et pratiquer l'expectation. Quand la rétention existe, on essaiera de faire cesser la contraction de l'orifice interne par les injections tièdes, les narcotiques, les fomentations chaudes sur le ventre, et on n'interviendra que s'il y a une indication urgente, telle qu'une hémorragie. Dans les cas les plus graves, où la constriction du col ne cède à aucun moyen, où les accidents septiques éclatent et mettent la vie de la femme en danger, il y aurait une suprême ressource dans l'ablation de l'utérus. Schultze a rapporté une observation unique où il a fait l'opération de Porro dans un cas analogue avec succès. CH. MAYGRIER.

II. — Dans ce travail publié presque en même temps que le précédent dont il n'avait pas eu connaissance, Ahlfeld étudie à son tour la rétention du placenta. Lorsqu'on pratique la délivrance d'après la méthode expectante qu'il préconise, on n'observe que rarement cette rétention. A la Maternité de Marbourg, sur 1,500 accouchements, on dut recourir 13 fois seulement à la délivrance artificielle.

Ce sont ces 13 observations que l'auteur rapporte avec les réflexions qu'elles lui inspirent.

La rétention du placenta peut se produire dans deux conditions bien différentes : tantôt le placenta est décollé et le col est resserré au-dessous de lui ; il y a rétention simple, tantôt la rétention est causée par des adhérences anormales du placenta.

Dans la rétention simple le rétrécissement peut porter sur toute la hauteur du col, depuis l'orifice externe jusqu'à l'anneau de contraction. Les agents de cette constriction sont toutes les causes qui excitent la contractilité utérine d'une façon exagérée : application de forceps, extraction de la tête à travers un orifice non dilaté, abus d'injections chaudes ou froides.

La rétention par adhérences est surtout fréquente dans les cas de placenta prævia. Pendant les derniers mois de la grossesse il se produirait au niveau du placenta et de la caduque des altérations inflammatoires dues à la pénétration par le col d'organismes pathogènes dans le placenta, d'où formation d'adhérences anormales entre celui-ci et la paroi utérine.

Les altérations du tissu placentaire dans certaines affections telles que la syphilis peuvent encore être l'origine d'adhérences pathologiques. Il faut signaler aussi les néphrites comme cause d'adhérences.

Au point de vue du pronostic, l'auteur a noté dans ses observations que les suites de couches restaient apyrétiques dans les cas de rétention simple, tandis qu'elles s'accompagnaient toujours d'accidents fébriles dans les cas de rétention par adhérences et cela malgré l'antisepsie intra-utérine. CH. MAYGRIER.

III. — La rétention des débris du placenta ou de membranes joue un grand rôle dans la pathologie des accidents puerpéraux. Elle est le plus souvent le résultat d'une délivrance mal faite. La prophylaxie de cette rétention consiste donc à se garder de toute manœuvre intempestive et surtout à ne pas faire d'expression prématurée. On pratiquera la méthode d'expectation et on n'exprimera le placenta qu'au bout de 1 h. 1/2 ou 2 heures, s'il n'a pas été encore expulsé spontanément.

Si la rétention des membranes existe, on ne fera rien pour extraire ces membranes de l'utérus, on enlèvera seulement les lambeaux contenus dans le vagin en introduisant deux ou trois doigts à l'entrée de cet organe. Puis le vagin sera tenu aseptique pendant la durée des suites de couches à l'aide de fréquentes injections antiseptiques ; enfin on administrera de l'ergotine pour favoriser le décollement et l'expulsion des lambeaux retenus dans l'utérus. CH. MAYGRIER.

Beitraege zum Mechanismus der physiologischen Loesung der Placenta (Mécanisme du décollement physiologique du placenta), par W. ZINSSTAG (*Thèse inaugur. Bâle* 1888 *et Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 16, *p.* 503, 15 *août* 1889).

Outre les modes de décollement du placenta exposés par Schulze et par Duncan, Zinsstag en décrit un troisième, intermédiaire aux deux précédents, et qu'il appelle mixte. Dans ce mode, le placenta, avec son bord en avant, est replié sur sa face utérine, tandis que le sac des membranes, plus ou moins rempli de sang, s'étale par dessus.

Il résulte des recherches de l'auteur que le mécanisme de Duncan et le mécanisme mixte sont de beaucoup les plus fréquents.

Le mécanisme de Schulze ne se produit guère qu'en cas de tractions prématurées sur le cordon ombilical, soit que ce dernier soit trop court ou entortillé, soit que l'enfant, qui lui est encore attaché, ait été placé trop loin de l'orifice vulvaire. Pour s'assurer de la justesse de cette explication, Zinsstag a supprimé, dans 160 accouchements, toute possibilité de tirer sur le cordon en le sectionnant immédiatement après l'issue de la tête ou du siège.

L'épanchement sanguin rétroplacentaire n'est nullement un facteur indispensable du décollement placentaire. En effet, dans une moitié des placentas décollés suivant le mécanisme de Duncan, les membranes de l'œuf étaient rabattues sur la face fœtale et ne contenaient pas de sang, tandis que dans l'autre moitié où elles étaient rabattues sur la face utérine, elles ne renfermaient non plus pas de sang dans un grand nombre de cas.

Quant au traitement, le procédé expectatif d'Ahlfeld expose les femmes à une perte sanguine bien plus considérable que celui de Credé. J. B.

Un cas d'hydrocéphalie intra-utérine, par William MURRAY (*Edinburgh med. Journal, p.* 339, *octobre* 1889).

Une primipare, âgée de 21 ans, en travail, présentait une dilatation comme une pièce de 5 francs, lorsque W. Murray fut appelé auprès d'elle. La tête fut facilement sentie, mais après la rupture des membranes, malgré l'intensité des contractions, elle ne parvenait pas à s'engager. Craignant une contracture ou de l'hydrocéphalie, on appliqua le forceps; mais il fut impossible de provoquer la moindre progression. Avant d'en arriver à la perforation, la malade étant anesthésiée, l'auteur tenta la version. En introduisant la main, il reconnut une proéminence du sacrum rétrécissant le diamètre antéro postérieur, réduit à trois doigts; en passant la main vers la fosse iliaque droite, il put sentir une énorme tête occupant tout le segment inférieur de l'utérus; après de grandes difficultés, il put passer entre elle et l'utérus et atteindre un pied, mais la version fut impossible, il fallut avoir recours au perforateur. Son application était rendue difficile par la saillie du sacrum et il fallait prendre garde de blesser les parois du bassin. Dès qu'on eût ouvert le crâne, une grande quantité de liquide s'échappa aussitôt et l'accouchement fut rapidement terminé avec un crâniotome forceps. L'enfant était gros, volumineux. Le travail total avait duré 12 heures.

La mère guérit sans que la température ait dépassé la normale.

F. VERCHÈRE.

Physométrie d'origine non putride pendant le travail. Embryotomie, par GALLOIS (*Dauphiné médic., août* 1889).

Femme de 35 ans; secondipare. Début du travail remontant à huit heures environ : Présentation du sommet en position gauche postérieure. Les contractions ayant cessé, on tente en vain deux applications de forceps. Douze heures plus tard, après affaiblissement, puis disparition des bruits du cœur, on constate une augmentation sonore du ventre, due à la dilatation de l'utérus; une nouvelle application de forceps ayant échoué, on a recours au céphalotribe de Tarnier; la tête complètement broyée est entraînée avec peine à la vulve. La décollation est alors pratiquée et l'on tente la version; après des tractions énergiques, un membre inférieur est amené au dehors, puis désarticulé, et par de fortes tractions sur le deuxième membre, le corps de l'enfant peut être extrait, en même temps que des flots de gaz s'échappent de l'utérus. La délivrance à peu près immédiate a lieu sans écoulement de sang. Mort de la femme le surlendemain matin.

Gallois insiste en quelques lignes sur plusieurs points de cette observation : La persistance des bruits du cœur chez l'enfant, cinq heures après la cessation de tout travail, l'arrêt absolu du travail dû à la distension gazeuse de l'utérus, moins de treize heures après la mort du fœtus, et l'infection primitivement fatale, analogue à de la septicémie gangréneuse, foudroyante, dont le point de départ aurait été une petite plaie constatée du vivant de l'enfant sur le cuir chevelu du vertex.

OZENNE.

Ein Versuch zum Erzatze der künstlichen Frühgeburt (**Essai d'une méthode destinée à remplacer l'accouchement prématuré artificiel**), **par PROCHOWNICK** (*Centr. f. Gyn., n°* 33, 17 *août* 1889).

Bien qu'elle dure depuis un siècle, la discussion sur l'accouchement prématuré artificiel n'est pas terminée, et nombre d'accoucheurs se re-

fusent encore à abréger la grossesse à cause du peu de viabilité de l'enfant et de la difficulté de son élevage due en particulier au fonctionnement imparfait de son tube digestif.

Prochownick s'est demandé s'il ne serait pas possible, par un régime spécial imposé à la mère, d'empêcher le fœtus d'acquérir son volume normal et de permettre ainsi son expulsion au terme de la grossesse à travers un bassin rétréci.

Il rapporte à cet égard trois observations :

1° Une femme enceinte pour la cinquième fois et ayant subi antérieurement la crâniotomie, la version et l'accouchement provoqué, fut soumise par l'auteur, deux mois avant terme, au régime des diabétiques. Le bassin mesurait 10 c. 8 de diamètre sacro-sous-pubien. L'accouchement eut lieu à terme par le siège en seconde position, et nécessita seulement quelques manœuvres pour le dégagement de la tête. L'enfant était une fille de 2,350 grammes, de 50 c. 1/2 de long, maigre, mais au squelette bien ossifié, à la tête dure, bien que réductible. Cet enfant, très vivace, augmenta de 250 à 280 grammes par semaine, n'eut aucune trace de rachitisme et continua par la suite à se bien porter.

2° Une mécanicienne, petite, rachitique, ayant un diamètre promonto-sous-pubien de 10,4, subit à un premier accouchement une application de forceps puis la céphalotripsie, et à un second une version à la suite de laquelle l'enfant succomba; il pesait 3,850 grammes. — Après un avortement dû à une rétroflexion de l'utérus, elle devint enceinte une quatrième fois, et l'auteur provoqua l'accouchement à la trente-cinquième semaine à l'aide d'une bougie : l'enfant, du poids de 2,100 grammes, succomba au bout de cinq semaines à des troubles digestifs.

Une nouvelle grossesse étant survenue en 1888, la femme fut condamnée un mois et demi avant son terme à une diète rigoureuse. Elle accoucha d'un garçon de 2,400 grammes et de 51 centimètres, dépourvu de graisse, mais présentant tous les signes de la maturité : diamètres de la tête normaux. Six semaines plus tard il pesait 4,000 grammes et était en excellent état.

3° Femme de 28 ans : première grossesse pénible. Éclampsie, forceps, puis crâniotomie. Le bassin mesure 10 centimètres. L'enfant, un garçon, pesait 4,300 grammes sans la substance cérébrale, et avait 52 c. 5 de long. A une seconde grossesse, on prescrivit la diète quatre semaines et demi avant le terme. L'accouchement eut lieu sans difficultés et se termina par la naissance d'une fille de 2,250 grammes et de 52 centimètres, présentant tous les caractères d'un enfant à terme, bien que maigre : nourrie par sa mère, elle s'éleva parfaitement.

Bien que l'auteur déclare n'avoir trouvé nulle trace de l'emploi d'une méthode analogue dans la science, nous rappellerons que le régime diététique et les saignées avaient été conseillés et expérimentés par Depaul dans le même but. CH. MAYGRIER.

Du sublimé corrosif et de la créoline en obstétrique, par Henry GARRIGUES (*The Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 109, *juin* 1889).

La solution de sublimé que l'on doit employer pour les injections vaginales ou intra-utérines ne doit pas dépasser 1 pour 5,000; on ne doit pas dépasser chaque fois 250 à 300 grammes de solution. Il faut surveiller avec soin s'il ne reste pas de liquide retenu dans l'utérus ou dans le vagin. Dans les cas normaux on ne doit pas, après la naissance de l'enfant, faire d'injection au sublimé. Les injections intra-utérines doivent être faites

au plus une ou deux fois en 24 heures. On peut faire des injections vaginales toutes les 3 heures.

Les moindres symptômes d'intoxication doivent faire cesser l'emploi du sublimé. L'anémie, l'avortement, une affection des reins, la diarrhée sont les contre-indications à l'usage du bichlorure. Il est préférable de n'employer le sublimé que lorsque l'on a reconnu l'impuissance des autres antiseptiques, et de le réserver pour la désinfection des parties extérieures de la patiente, les mains du chirurgien et des gardes, les objets en contact avec l'accouchée.

L'acide phénique en injections est peut-être aussi dangereux que le sublimé, d'autres antiseptiques moins puissants, il est vrai, peuvent répondre aux besoins dans certains cas.

La créoline est un excellent antiseptique, peu toxique ; très hémostatique et rendant les surfaces glissantes : toutes ces propriétés doivent la faire préférer dans la pratique obstétricale. F. VERCHÈRE.

Du curage utérin en obstétrique, par PORAK (*Bull. et mém. de la Société obst. et gyn. de Paris, juillet* 1889).

On a conseillé le curage utérin à la suite de l'avortement et pour obvier aux accidents de la septicémie puerpérale.

Sur 326 cas d'avortement, 25 fois seulement on pratiqua artificiellement l'extraction du délivre. Dans la plupart de ces cas le placenta n'était adhérent que par une très petite portion de son étendue, et il aurait été spontanément expulsé si on n'était point intervenu. L'auteur pense que la délivrance artificielle ne peut être indiquée que dans 2 ou 3 cas sur 100 avortements, ce qui restreint beaucoup les indications du curage. Dans les cas de délivrance spontanée la fièvre fut observé 10 0/0 et la mort 0,3 0/0, dans les cas de délivrance artificielle la fièvre fut observée 36 0/0 et la mort 4 0/0. Ces résultats ne viennent pas à l'appui des partisans d'une intervention prématurée, que l'auteur combat ; il ne défend pas non plus l'expectation systématique. Pour lui il faut être éclectique, l'hémorragie constituant rarement une indication de l'intervention. L'indication réelle réside dans les altérations du placenta. Dès que la température s'élève, il faut enlever le placenta : on ne doit pas attendre que la fétidité indique manifestement les altérations putrides développées dans ce délivre retenu dans la cavité utérine. Le grattage de l'utérus n'est justifié que dans les hémorragies tardives consécutives à la rétention du placenta ou des membranes constituant alors ce qu'on a décrit sous le nom de polype placentaire. Dans un cas de septicémie consécutive à la rétention du délivre, le curage n'empêcha pas le développement de la septicémie et la femme succomba.

Quant au curage, dans le traitement de la septicémie d'origine utérine, l'auteur l'a tenté dans deux cas : dans l'un de ces cas la mort de la malade n'en est pas moins survenue. Dans l'autre cas, il y eut consécutivement à ce traitement, apparition de phénomènes réflexes très inquiétants. La guérison fut néanmoins obtenue, mais il n'est pas démontré que le curage ait eu une action favorable. L'auteur critique ce mode de traitement. Il n'est cependant pas aussi dangereux qu'on aurait pu le craindre. Il ne semble devoir être conseillé que dans des cas extrêmes

où il constitue une ressource ultime pour obvier à des accidents jugés désespérés, et qui n'ont pas été amendés par toute autre thérapeutique.

PORAK.

I. — Anatomie microscopique du placenta dans la grossesse extra-utérine, par Berry HART (*Edinburgh med. Journal, p.* 344, *octobre* 1889).

II. — Moyens de diagnostic de la grossesse extra-utérine, par L.-M. BOSSI (*La Riforma medica*, 13, 14, 15, 16, 17, 19 *novembre* 1888).

III. — Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, par PINARD (*Annales de gynécolog., avril* 1889).

IV. — Primary laparotomy in extra-uterine pregnancy (Laparotomie primitive dans la grossesse extra-utérine), par J.-S. HAWLEY (*N. York med. Journ., p.* 648, 16 *juin* 1888).

V. — Ueber Laparotomie bei Tubengravidität... (Laparotomie dans la grossesse tubaire, spécialement après rupture), par HOLLSTEIN (*Deutsche med. Woch., n°* 39, *p.* 795, 1888).

VI. — Cas de grossesse extra-utérine traité par l'électricité, par KALABIN (*Arch. de tocol., mars* 1889).

VII. — A case of ectopic gestation successfully treated by galvanism, par W. TAYLOR (*Americ. med. Assoc. New York med. record, p.* 719, 29 *juin* 1889).

I. — L'auteur n'envisage dans son travail que le placenta qu'il appelle extra-péritonéal et non toutes les variétés que l'on peut rencontrer dans les diverses grossesses extra-utérines.

Dans ce cas, le fœtus et le placenta sont placés dans le tissu sous-péritonéal, le péritoine étant étendu à leur surface le siège extra-péritonéal est très remarquable mais non sans analogie en pathologie, et rappelle celui des abcès du petit bassin ou de certains kystes papillomateux de l'ovaire.

On peut classer par ordre de fréquence le siège des processus extra-utérins de la manière suivante : Trompe de Fallope, ligament large, puis placenta extra-péritonéal tandis que le fœtus est intra-péritonéal, enfin tous deux sont extra-péritonéaux.

Les examens microscopiques ont porté sur 4 cas qui sont les suivants :

Une trompe avec placenta adhérente après rupture d'une grossesse tubaire au second mois.

Une grossesse dans le ligament large au quatrième mois.

Une grossesse abdominale totalement extra-péritonéale et presque à terme.

Enfin une grossesse abdominale avec fœtus probablement intra-péritonéal et placenta certainement extra-péritonéal.

Dans la grossesse tubaire, les villosités étaient recouvertes d'une couche de cellules déciduales, et le système des sinus intervilleux ne paraît pas exister. Cependant de larges sinus se créent dans la couche musculaire. Les villosités sont bien formées et recouvertes d'un épithélium parfait. Les cellules déciduales sont grandes et ont un gros noyau et des nucléoles.

Dans le tissu cellulaire du ligament large le placenta présente un développement incomplet ; les villosités sont moins régulières de formes, il y a des épanchements sanguins ; les cristaux d'hémorragie sont abondants, enfin les cellules déciduales sont rares et mal formées. Les malformations sont beaucoup moins accusées dans le placenta de la grossesse abdominale, quoique encore très notables. Dans le cas où le placenta dans la grossesse abdominale était très anormalement situé, sa situation était complètement modifiée.

Il était converti en une masse semblant provenir d'un caillot sanguin, organisé avec de larges espaces remplis de cristaux; des villosités comprimées et déformées, une absence complète de cellules déciduales et en aucun point l'apparence d'un système de sinus; on ne trouvait pas dans la paroi abdominale de larges veines qui semblaient les suppléer. F. VERCHÈRE.

II. — Bossi rapporte un cas de grossesse extra-utérine compliquée d'éclampsie et diagnostiquée au 8e mois. Il indique différents signes propres, d'après lui, à faire reconnaître le siège extra-utérin de la grossesse. Les symptômes subjectifs (phénomènes sympathiques, troubles de la miction et de la défécation) ont, dans les premiers mois, un caractère de grande instabilité à cause de la mobilité de la tumeur; à une période avancée, les douleurs abdominales se produisent en augmentant pendant les mouvements actifs du fœtus. Les douleurs gênant souvent les explorations, il est utile de recourir à l'anesthésie chloroformique. Le cathétérisme de l'œsophage, pratiqué pour s'assurer de la vacuité de l'utérus, a moins de dangers qu'on ne l'a prétendu quand on s'entoure de toutes les précautions nécessaires. Il est utile, pour confirmer le diagnostic, d'introduire toute la main droite dans le vagin pendant l'anesthésie chloroformique, de dilater le col avec l'index, d'introduire l'index et le médius dans la cavité utérine et de procéder à un examen vagino-utéro-abdominal en déprimant les culs-de-sac avec les autres doigts de la main droite et en pressant sur l'abdomen avec la main gauche : on arrive ainsi à se rendre compte exactement de la position des parties avant de procéder à la laparotomie. GEORGES THIBIERGE.

III. — Il s'agit de 3 cas de grossesse extra-utérine parvenue jusque vers le terme, l'enfant étant mort, suivis d'opération et de guérison.

On doit toujours pratiquer l'opération dans ces cas, contrairement à l'opinion autrefois admise de l'expectation. Lorsque l'enfant est mort depuis plus de six semaines, les craintes d'hémorragie grave diminuent; on donnera la préférence à la laparotomie ou l'élytrotomie suivant le siège occupé par le kyste fœtal. L'incision du kyste, et dans le cas de laparotomie, sa suture, s'il y a lieu, a la paroi abdominale, doit être préférée. On ne fera pas la délivrance. Le traitement consécutif est basé sur la pratique d'injections antiseptiques fréquentes et même continues suivant les indications. PORAK.

IV. — Il s'agit de la laparotomie pratiquée avant la rupture du kyste, c'est-à-dire pendant les 4 premiers mois de la grossesse extra-utérine, ainsi que l'a faite, le premier, Price de Philadelphie. Voici le cas :

Femme de 39 ans, mère de dix enfants, ayant subi en juin 1887 le curetage de l'utérus pour une endométrite fongueuse. Dernières règles à la fin de janvier 1888; le 23 mars, douleurs vives à l'hypogastre rappelant celles du travail et écoulement de sang. Plus tard, nouvelles hémorragies; le 5 avril, tamponnement du vagin.

Le 27 avril, les hémorragies ayant continué, l'auteur constate dans le cul-de-sac postérieur une tumeur grosse comme un citron, refoulant l'utérus à gauche et en avant; il diagnostique une grossesse tubaire, dont la rupture semble imminente.

Le 29 avril, laparotomie; le kyste est formé par le pavillon et la partie externe de la trompe gauche et retenu par quelques adhérences à l'utérus. Irrigations à l'eau bouillie après l'extraction, drainage, guérison en 30 jours.

L'embryon n'a pas plus de six semaines. L. GALLIARD.

V. — Quand la mort ne suit pas immédiatement la rupture d'une gros-

sesse tubaire, on peut espérer la guérison spontanée soit par la formation d'un hématome ou d'une hématocèle, soit par arrêt spontané de l'hémorragie; mais il faut toujours se préparer à la laparotomie. Dans les cas où se manifestent rapidement les signes d'hémorragie interne, menaçante, l'hésitation n'est pas permise, il faut ouvrir l'abdomen. On n'a plus le droit aujourd'hui de laisser succomber une malade dans ces conditions sans tenter la laparotomie.

Le cas publié par l'auteur se rapporte à une grossesse tubaire rompue, donnant lieu d'abord à une hématocèle puis à une hémorragie secondaire dans la cavité péritonéale. Sans l'opération, la patiente succombait inévitablement.

Femme de 37 ans chez qui l'on diagnostique, le 13 décembre 1886, une grossesse tubaire de deux mois et demi à droite. A partir de ce moment la tumeur n'augmente pas; on admet donc la mort du fœtus.

Le 13 janvier 1887, signes d'hématocèle; le 15 on constate, en arrière de l'utérus, une tumeur diffuse; en même temps on voit du sang sortir par le vagin.

Le 20, signes d'hémorragie interne avec fièvre et augmentation de volume du ventre. L'état de la malade semblant désespéré, on hésite à pratiquer une opération. Cependant, le 26, on fait la laparotomie *in extremis*.

En ouvrant l'abdomen on voit sortir une quantité de sang noir liquide; on coupe les adhérences épiploïques pour pénétrer dans la cavité de l'hématocèle que l'on vide de caillots noirs et où l'on trouve l'œuf. On enlève la trompe qui est déchirée et dont les parois sont épaissies. La grossesse a été primitivement tubaire.

Malgré l'extrême faiblesse de l'opérée, malgré une suppuration prolongée, la guérison est obtenue. La malade sort guérie le 14 avril.

L. GALLIARD.

VI. — Il s'agit d'une femme atteinte d'une grossesse extra-utérine. A la suite de nombreuses séances de courants continus portés jusqu'à 100 milliampères, en se servant quelquefois de conducteurs affilés et introduits dans la cavité du kyste fœtal, on a pu déterminer la mort du fœtus. PORAK.

VII. — Femme mère de 3 enfants, le dernier a 2 ans 1/2. Ses dernières règles datent de septembre; en octobre, pas de règles, l'appétit est très accru. Vers la fin du mois, léger écoulement sanguinolent. A la fin de novembre, douleurs internes, vomissements, fièvre, perte de sang qui cesse bientôt; le 15 décembre elle perd ce que son médecin appelle les membranes fœtales. Le 3 janvier, l'auteur constate une tumeur sur le côté droit de l'utérus, dure, un peu mobile. L'utérus est vide.

Pendant deux semaines, application d'un courant galvanique: un pôle dans le vagin, l'autre sur le ventre. On se sert de 8 à 20 éléments Wait-Bartlett et sous l'éther on va jusqu'à 125 milliampères.

Le 19 janvier elle est tout à fait rétablie.

Le 25 février la tumeur a diminué, pas de douleur.

Le 25 avril elle a gagné en poids. Guérison.

Nous analysons cette observation en la donnant sous toutes réserves.

P. DUFLOCQ.

I. — **Experimentelle Untersuchungen ueber die gebräulichsten Nahtmaterialen... (Recherches expérimentales sur les meilleures substances à employer pour la suture de l'utérus dans l'opération césarienne), par H. THOMSON** (*Centr. für Gyn.*, n° 24, 15 *juin* 1889).

II. — **Zur Vereinfachung des Kaiserschnittes (Simplification de l'opération césarienne), par FRITSCH** (*Centr. für Gyn.*, n° 23, 8 *juin* 1889).

III. — 25 erhaltende Kaiserschnitte und die Stellung der Sectio cæsarea zur Perforation (25 opérations césariennes conservatrices ; comparaison avec la crâniotomie), par LEOPOLD (*Archiv für Gyn., XXXIV, Heft* 3).

I. — Dans des expériences sur les animaux, lapines, chattes et chiennes, Thomson a recherché la valeur relative des différentes substances employées pour suturer l'utérus. Aussitôt que l'animal avait mis bas, il ouvrait l'abdomen, faisait sur les deux cornes de l'utérus une petite incision, suturait chaque plaie avec des fils différents et refermait le ventre. Il sacrifiait l'animal au bout d'un temps variable et constatait alors l'état des sutures. Il a ainsi expérimenté le catgut phéniqué, le catgut à l'acide chromique, la soie, le crin de Florence.

Les résultats qu'il a obtenus l'ont conduit à conclure ainsi :

1. La soie est la substance la plus sûre et la meilleure, car elle peut d'une part être complètement stérilisée et de l'autre elle se résorbe avec le temps (deux mois environ);

2. Le catgut chromique, le crin de Florence ne sauraient être recommandés, non plus que le fil d'argent, parce qu'ils ne se résorbent pas;

3. Le catgut phéniqué, comme tout catgut en général, doit être rejeté aussi parce qu'il n'est jamais complètement stérile et peut causer ainsi un danger d'infection, et que de plus il se résorbe trop rapidement (10 à 12 jours).

II. — Fritsch rapporte deux observations d'opération césarienne qu'il a pratiquées sans se conformer aux préceptes de Sænger, et cependant avec succès.

1. B. M..., âgée de 24 ans, primipare, est atteinte d'une bronchite suspecte. Le promontoire est facilement accessible; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 9 millimètres. Le 3 février 1889, début du travail. Quand la dilatation a la largeur d'une pièce de cinq francs, on procède à l'opération césarienne. Incision de l'abdomen sur la ligne médiane, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Ligature élastique autour du col, puis ouverture de l'utérus ; on tombe sur le placenta. Extraction rapide du fœtus et des annexes. La suture de l'utérus est ainsi faite : l'aiguille est introduite à 1 centimètre et demi du bord gauche de la plaie, et traverse toute l'épaisseur de la paroi utérine, y compris la muqueuse; elle ressort intérieurement un peu plus près du bord ; elle traverse ensuite le bord droit de dedans en dehors de la même façon. Les ligatures, faites avec du catgut sublimé, ne sont serrées qu'après que toutes sont placées.

L'utérus suturé est lavé extérieurement avec une solution phéniquée chaude et revient fortement sur lui-même. Fermeture de l'abdomen avec des fils de soie. Pansement avec ouate et gaze iodoformée. Légère hémorragie par le vagin, qu'on arrête avec une injection chaude. Suites normales malgré la toux. Le 2e jour, la malade commence à allaiter son enfant. Changement du pansement le 8e et le 13e jour; pas d'injections jusqu'au 16e jour. Elle se lève le 10e jour et sort le 21e.

2. H. L., tertipare, bassin vicié, diamètre sacro-sous-pubien 9 millim. 3/4. Deux accouchements ont dû être terminés par l'embryotomie. La mère voulant avoir un enfant vivant, on lui propose l'opération césarienne. Au moment où le travail commence, on pratique cette opération. Après incision de la paroi abdominale, comme l'intestin distendu tend à faire hernie, on attire l'utérus au dehors, et on le recouvre avec un linge imbibé d'une solution phéniquée; puis on entoure le col d'un lien élastique et on incise l'utérus; le placenta est atteint; on procède rapidement à l'extraction d'un gros enfant,

en état d'asphyxie, qu'on a pu ranimer. La suture utérine est faite de la façon simple ordinaire, avec du catgut sublimé. Pansement iodoformé. Malgré des vomissements qui survinrent pendant les suites de couches, la malade se rétablit rapidement, et sort avec son enfant le 21e jour.

A part l'antisepsie, ces deux opérations ont été faites avec un excellent résultat suivant la méthode ancienne, sans qu'on ait eu recours aux fils d'argent, à la suture séro-séreuse de Sænger, etc.. Pour Fritsch, le vrai mérite de Sænger n'est pas d'avoir indiqué des détails opératoires qui sont inutiles; il est d'avoir combattu l'enthousiasme exagéré suscité par l'opération de Porro et d'avoir rendu à l'opération césarienne délaissée la vraie place qu'elle doit occuper en obstétrique.

III. — Leopold commence par donner la relation de 5 nouvelles opérations césariennes conservatrices qu'il a pratiquées pour des rétrécissements du bassin. L'indication était relative : le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur variait entre 6 centim. 1/2 et 7 centim. 1/4. Toutes les femmes ont guéri.

En réunissant toutes les sections césariennes faites par lui pour des rétrécissements pelviens, l'auteur arrive au chiffre de 25 avec 2 morts (8 0/0 de mortalité). Sur ces faits, il y a eu 3 opérations pour des indications absolues et 22 pour des indications relatives.

D'autre part, sur 92 cas de crâniotomie, la mortalité maternelle a été nulle.

Afin d'établir une comparaison indiscutable entre l'opération césarienne et la perforation du crâne, Leopold prend les 22 opérations qu'il a faites pour des indications relatives et leur oppose 22 cas où la perforation a été effectuée dans des bassins de 7c,5, sur des enfants vivants.

Opérations césariennes pour indications relatives : 22; 2 morts, mortalité, 9 0/0.

Crâniotomie et extraction faite dans des bassins de 7,5 sur des enfants vivants : 22. Pas de mortalité maternelle.

De quelque facon qu'on veuille envisager les choses, l'avantage reste évidemment à la perforation, opération parfaitement légitime, bien qu'elle sacrifie l'enfant, car le salut de la mère doit être considéré avant tout.

Leopold conclut que l'opération césarienne ne doit être entreprise pour des indications relatives que lorsque la mère s'y soumet elle-même pour avoir un enfant vivant; cette opération ne sera donc faite que très rarement au lieu et place de la perforation.

En résumé, on doit toujours avoir présent à l'esprit qu'en faisant la perforation on agit par les voies naturelles, tandis que l'opération césarienne crée deux ouvertures nouvelles qu'il faudra fermer et de l'occlusion desquelles dépendent la santé et la vie de la femme.

CH. MAYGRIER.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

De l'acné décalvante, par ROBERT (*Thèse de Paris*, 1889).

Dans ce travail entrepris sous l'inspiration de Laillier, l'auteur décrit une forme d'alopécie, caractérisée par : 1° l'apparition sur le cuir chevelu d'éléments acnéiques ne différant de l'acné pilaire classique que par leur disposition en groupes ; chaque élément rouge, acuminé, pustuleux, se recouvre d'une pellicule cachant une ulcération ;

2° Production d'une alopécie en plaques au niveau des points couverts par l'éruption ; l'alopécie est tardive ; au bout de deux ou trois mois elle est définitive ;

3° Progrès incessant de l'alopécie, même après la disparition des éléments éruptifs. La peau est blanche, luisante, atrophiée ; les plaques principales sont de formes irrégulières. Il en existe d'autres très petites disséminées sans ordre dans le cuir chevelu. Il y a peu de séborrhée ; mais les follicules sont manifestement enflammés ainsi qu'on peut le constater facilement à la lisière du cuir chevelu. Pas de parasites spéciaux jusqu'à présent. Toutefois il est impossible de méconnaître que l'acné décalvante de Laillier se rapproche beaucoup de la folliculite épilante décrite par Quinquaud et dans laquelle ce dernier a pu isoler un microcoque disposé en chaînettes. La durée de la maladie est indéterminée, illimitée pour ainsi dire, dans les observations connues jusqu'ici. Elle diffère de la pelade par le développement des pustules, des exulcérations, de l'atrophie et de l'alopécie définitives du cuir chevelu. Il faut éliminer du traitement les topiques irritants ; les lavages avec la décoction de bois de Panama, les pommades au turbith, les lotions avec des solutions hydrargyriques paraissent avoir amélioré sinon guéri les malades dans quelques cas. F. BALZER.

Zur Aetiologie des Eczems (Etiologie de l'eczéma), par RENTSKIJ (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *Heft* 1, 1889).

L'auteur rapporte une petite épidémie qui atteignit cinq membres d'une famille. La maladie se montra au visage avec boutons vésiculeux, fièvre et marche aiguë et atteignit successivement, par contagion, les membres de la famille. L'onguent diachylon avec sublimé et acide carbolique amena la guérison. L'auteur croit avoir eu affaire à une variété parasitaire de l'eczéma, peut-être à l'impetigo contagiosa. F. BALZER.

Zoster atypicus gangraenosus hystericus, par KAPOSI (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 600, 1er *juillet* 1889).

Nouvelle forme d'herpès observée chez une fille de 27 ans hystérique. La maladie est apparue la première fois à l'âge de 12 ans et, depuis la vingtième année, elle se reproduit régulièrement tous les ans, sur les membres, sur la

face, la poitrine et l'abdomen, en donnant lieu à des pertes de substance, de configuration diverses et dont quelques-unes laissent des cicatrices chéloïdiennes.

Une autre jeune fille, atteinte de la même affection, offre en même temps une hémianesthésie gauche complète.

Kaposi croit que cette maladie, qui se distingue de la gangrène spontanée par la formation de groupes papuleux, puis vésiculeux, autant que par son évolution cyclique, est de nature hystérique.

Dans la discussion, Doutrelepont déclare accepter cette dénomination pour le cas de gangrène multiple aiguë de la peau qu'il a publié, car il s'agissait également d'une malade très nerveuse. J. B.

Ein der Schuppenflechte gleichender Hautausschlag mit infectioesem Charakter (Eruption psoriasiforme contagieuse), par Hans BAAZ (*Berlin. klin. Woch.*. *n°* 26, *p.* 593, 1er *juillet* 1889).

Epidémie atteignant sept personnes dont deux adultes; cinq d'entre elles habitaient le même logement et les deux autres étaient des parents.

Début par fièvre et mal de gorge avec rougeur et gonflement de l'isthme du pharynx.

Au bout de deux ou trois jours, au milieu de vives démangeaisons, apparition aux membres supérieurs, à la face, au cuir chevelu, de taches rouge vif, arrondies, légèrement saillantes, variant des dimensions d'une lentille à celles d'un kreuzer. Ces taches ne tardent pas à se revêtir de squames blanches, en même temps qu'elles cessent d'être prurigineuses. Le grattage détermine l'issue de gouttelettes de sang. Ces taches psoriasiformes sont disséminées et s'étendent par leur périphérie, tandis que leur portion centrale commence à guérir.

Chez tous les malades l'éruption est restée cantonnée à la partie supérieure du corps; elle a guéri en six ou huit semaines, sans provoquer ni cicatrices ni chute des cheveux; le traitement a consisté en application de pommade de chrysarobine. J. B.

De la folliculite et périfolliculite des fileurs et rattacheurs (bouton d'huile), par LELOIR (*Annales de Derm. et de Syph.*, *septembre* 1889).

Cette affection, qui atteint plus spécialement les hommes, siège aux membres inférieurs, cuisses et mollets. Elle est constituée par une folliculite des appareils pilo-sébacés allant jusqu'à la vésico-pustulation, avec prurit, quelquefois lésions eczémateuses. Elle est causée par l'action de l'huile des métiers, qui imprègne les pantalons des ouvriers et qui devient irritante en s'altérant. Les soins de propreté constituent le traitement et la prophylaxie. F. BALZER.

Furonculose et polyurie, par SPILLMANN et PARISOT (*Annales de Derm. et de Syph.*, *septembre* 1889).

Ce travail montre avec observations à l'appui que les urines abondantes avec poussées furonculeuses ne signifient pas forcément diabète sucré ou azoturique; contrairement à l'opinion de Lancereaux et de Lecorché la furonculose se rencontre au cours de la polyurie essentielle. Il accompagne aussi les polyuries symptomatiques, ainsi que l'a vu

Hardy. La déshydratation des tissus résultant des polyuries affaiblit la nutrition de la peau et augmente sa réceptivité pour les microbes : de là le développement de la furonculose au cours des diabètes. F. BALZER.

Non pruritic lichen planus following amputation, par RUSSELL (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis., juin* 1889).

Homme de 33 ans, veilleur de nuit, de très bonne santé, sans maladie antérieure. Dans l'été de 1883, il a les doigts de la main droite broyés dans une machine, accident qui nécessite l'amputation partielle de quatre doigts. L'éruption se montre un mois après l'opération sur la surface de flexion du poignet correspondant constituée par de très petites papules arrondies en groupes : elle s'étend ensuite sur le bras et l'avant-bras, sans prurit. Six mois après elle apparaît plus discrètement sur la surface de flexion du poignet et de l'avant-bras gauche, avec la même disposition, puis elle gagne les régions dorsale et lombaire à égale distance de la colonne vertébrale, et finit par se généraliser dans l'espace de quatre ans. Les papules d'abord très petites s'élargirent peu à peu, toujours sans prurit; elles sont de couleurs variées, violacées, jaunâtres ou pigmentées, déprimées à leur centre, légèrement ridées.

L'auteur insiste sur l'absence du prurit dans un cas de lichen planus datant de cinq ans, sur l'étiologie par traumatisme et action réflexe sur le système nerveux vaso-moteur. Mackenzie a rapporté un cas de lichen plan en forme de zoster à ses débuts, plus tard généralisé. Le même auteur, ainsi que Malcolmm Morris, a rapporté des faits qui tendent à montrer que le lichen plan peut quelquefois dépendre d'une affection du système nerveux (hystérie, choc nerveux). La symétrie et la généralisation de l'éruption semblent indiquer la participation du système nerveux central. F. BALZER.

The question of relation-ship between lichen planus (Wilson) and lichen ruber (Hebra) (Des rapports entre le lichen plan de Wilson et le lichen ruber de Hebra), par ROBINSON (*Journ. of cut. and genito-urin. dis., nos* 76, 77, 78, *avec planches*, 1889).

Dans ce travail très développé l'auteur donne deux études séparées du lichen plan de Wilson et du lichen ruber, avec descriptions histologiques. Il ne croit pas que dans les cas douteux de lichen plan ou de lichen ruber le diagnostic puisse être établi sur la forme des lésions, mais plutôt sur les symptômes et la marche de l'éruption.

En effet, des lésions semblables à celles du lichen plan ou du lichen ruber peuvent exister dans d'autres maladies. La division faite par Unna des lichens planus, obtusus et acuminatus est inutile, sinon incorrecte. Les cas rapportés par cet auteur n'étaient pas des exemples de la maladie décrite par Hebra et la même critique s'adresse aux cas rapportés par Bœck et Lavergne. On n'a pas encore signalé de cas qui démontrent absolument ou même approximativement, que le lichen plan et le lichen ruber sont deux formes de la même maladie. S'il existe une identité dans l'étiologie, on conçoit que des cas de ce genre aient pu être rapportés, vu la fréquence du lichen planus. Il n'y a pas de preuves que ces deux formes de lichen aient une tendance à se combiner, à se succéder ou à se transformer réciproquement l'une dans l'autre. Elles ont une éruption

et des lésions distinctes ; leurs symptômes, leur marche, leur pronostic, les lésions histologiques, l'effet de certains traitements combattent l'opinion qui tend à établir des relations entre elles. F. BALZER.

I. — Lupus vulgaire et tuberculose, par H.-Gilbert BARLING (*The Practitioner, juin* 1889).

II. — Ueber Lupusexcision und deren plastiche Deckung nebst einigen Bemerkungen zur Thiersch'schen Transplantationen, par Emile SENGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 33, *p.* 737, 19 *août* 1889).

I. — L'auteur considère le lupus comme une tuberculose chronique de la peau.

Il base son opinion sur l'examen histologique qui fait des lésions lupiques une véritable tuberculose de la peau, sur la recherche des bacilles, qu'il y rencontre assez fréquemment (au moins 3 fois sur 8), sur l'inoculation aux animaux qui donne les résultats les plus positifs entre les mains de Koch, H. Martin, Cornil, Leloir, etc. A la petite quantité de bacilles qui pénètrent dans la peau, au peu d'élévation de la température cutanée, qui fait de la peau un milieu peu favorable pour le bacille, l'auteur attribue la chronicité du lupus et la rareté avec laquelle il produit l'infection générale de l'organisme. E. DESCHAMPS.

II. — La fréquence des récidives du lupus montre que ni la curette ni le thermocautère ne sont en état d'atteindre tout le tissu morbide.

C'est ce qui a décidé Senger à indiquer une opération radicale en enlevant toute l'épaisseur de peau malade jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané et en comprenant en outre dans cette excision un centimètre de téguments sains. Il a ainsi opéré un certain nombre de malades, avec un résultat pleinement satisfaisant sous tous les rapports.

L'excision n'est pas plus douloureuse que les raclages et les cautérisations et la guérison réclame à peine autant de jours que les autres méthodes de traitement exigent de semaines, lorsque la plaie n'est pas trop étendue pour qu'on ne puisse la suturer.

Dans le cas contraire, on recourt aux greffes de Thiersch que, contrairement aux classiques qui recommandent d'attendre le bourgeonnement de la plaie, Senger applique sur la plaie opératoire toute récente. Il gagne ainsi une quinzaine de jours.

Senger rapporte l'observation d'un jeune homme de 20 ans ayant un lupus du menton s'étendant en bas jusqu'à l'os hyoïde et latéralement jusqu'au bord antérieur des masséters. Il en fit l'excision, sur la demande du malade. La perte de substance avait la grandeur de la main. Elle fut comblée au moyen de deux grands lambeaux latéraux pris au niveau du larynx, et de trois petits lambeaux pris sur le bras. La réunion eut lieu par première intention, toutes les greffes ayant repris et conservé les caractères d'une peau normale.

Il est nécessaire que les lambeaux transplantés débordent un peu sur le pourtour de la plaie qu'ils sont destinés à recouvrir; ce qui est de trop se dessèche. En n'agissant pas ainsi, il se forme des bourrelets cicatriciels disgracieux entre les portions de peau saines et la greffe. J. B.

Deux cas de sclérodermie semi-annulaire avec malformations congénitales, par LEPREVOST (*Gaz. méd. de Paris*, 4 *mai* 1889).

Dans le premier cas, il s'agit d'une petite fille de 3 ans présentant une tête très volumineuse et les membres d'une naine ; les jambes sont totalement impotentes; à la partie moyenne des cuisses existe un sillon étroit et profond; on en voit un semblable à la partie moyenne des bras. Ces sillons, disposés symétriquement, n'embrassent que les deux tiers internes de la circonférence du membre; depuis la naissance, ils n'ont subi aucune modification.

Le deuxième fait a été observé sur un enfant de 7 ans qui présente des malformations multiples et variées sur les membres et en outre une véritable gueule de loup. A la main gauche le pouce n'a qu'une phalange à l'extrémité de laquelle se voit un sillon peu profond et mal dessiné; le petit doigt offre aussi un sillon. Sur la cuisse droite au-dessus de la base de la rotule, on en constate un semblable. Le pied droit est en varus : sur les deuxième, troisième et quatrième orteils se trouvent des sillons très superficiels. Le pied gauche est le siège de syndactylie et de brachydactylie.

OZENNE.

Ueber einen Fall von partiellen Sklerodermie, mit Uebergang in halbseitige Gesichtsatrophie, combinirt mit Alopecia areata (Sclérodermie partielle terminée par hémiatrophie faciale et compliquée de pelade), par O. ROSENTHAL (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 34, *p*. 755, 26 *août* 1889).

Fillette de 8 ans. L'affection a débuté il y a 4 ans au côté gauche du cou par des taches blanches qui se sont montrées plus tard aussi sur la tête et le visage. Il y a un an, les cheveux ont commencé à tomber de certaines parties du crâne et depuis l'hiver dernier, on a remarqué une diminution de volume très nette de la moitié gauche de la face.

Etat actuel. Affection limitée presque exclusivement au côté gauche de la tête et du cou. Elle se compose de taches blanches dont la plus vaste s'étend du bord antérieur du sternomastoïdien jusqu'au voisinage de la ligne médiane sur une longueur de 7 centimètres et une largeur de 1 1/2. Elle est entourée de nombreuses petites taches blanches et repose sur des téguments durs, ayant perdu leur élasticité et très pigmentés. A la naissance des cheveux, sur la nuque, se trouve un autre groupe de macules blanches. La face est également le siège de plusieurs plaques semblables. Ces deux plaques sont entourées de taches brunâtres, irrégulières ressemblant à des taches de rousseur.

La moitié gauche de la face est atrophiée, sauf au voisinage de la commissure labiale et du menton, la peau y est tendue, luisante, dure au toucher et difficile à plisser. Le tissu adipeux est beaucoup moins épais qu'à droite ce qui explique pourquoi la paupière inférieure de ce côté est un peu abaissée ; la réduction de la face en largeur s'élève à 5 millimètres; en avant de l'oreille gauche descend un ruban jaunâtre, cicatriciel.

Du côté gauche les sourcils manquent partiellement, les cils font complètement défaut à la paupière inférieure, tandis que ceux de la supérieure sont en partie blanchis. Sur le pariétal gauche au niveau de la tache mentionnée au côté droit de la nuque, se montrent également des mèches de cheveux blancs; sensibilité absolument normale. Du côté gauche, cheveux un peu clairsemés. Au niveau de la suture coronale gauche, du pariétal et de l'occiput, sont 3 plaques de pelade dont les cheveux commencent à repousser et ne se laissent plus arracher.

Il n'existe dans la littérature qu'un autre cas de coexistence de sclérodermie partielle, de trophonévrose faciale et de pelade. Il a été publié

par Gibney (Archives of Dermatology 1879) et concerne une fillette de 9 ans malade depuis 6 ans. En plus de la malade de Rosenthal, celle de Gibney avait aussi du sclérème sur le territoire du nerf sciatique. J. B.

Xérodermie pilaire érythémateuse progressive ou ichthyose rouge, par BESNIER (*Annales de Derm., septembre* 1889).

Homme âgé de 26 ans, charcutier, offre une affection caractérisée par une multitude de petits points rouges, saillants ou non, sur la face, les membres, dans tous les points d'élection de l'ichthyose pilaire. Au lieu d'être simplement hyperkératosiques, les éléments sont en même temps rouges, même à distance, quelquefois peu saillants, surtout dans les régions non pileuses. Les poils sont cassés à niveau, ou enroulés dans le comedon corné qui surmonte l'appareil pilo-sébacé. Les lésions atteignent leur maximum avec les caractères décrits, aux sourcils et dans la barbe. Sur quelques points elles ont détruit à peu près complètement les poils et donné lieu à de petites zones cicatricielles.

Tout se passe sans prurit, sans incommodité aucune, en deux temps : 1° hyperkératose de l'infundibulum pilaire avec congestion plus ou moins circonscrite ; 2° atrophie, déviation, destruction du poil, alopécie. L'auteur termine son travail par une étude bibliographique de la question et notamment passe en revue les travaux de Hardy, E. Wilson qui l'a décrite sous le nom de folliculitis rubra. Sans parenté avec le lichen, cette affection cutanée se rapproche plutôt de l'ichthyose ; c'est un trouble de la fonction pilo-sébacée, une hyperkératose congestive dans laquelle s'allient les deux phénomènes dans un ordre qui reste à déterminer, mais qui pourrait s'expliquer par un trouble d'innervation trophique et vasculaire. F. BALZER.

Contribution à l'étude du lentigo épithéliomateux ou xeroderma pigmentosum, par BARRÉ (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur donne une monographie complète de cette affection qui constitue actuellement une entité morbide bien définie. Innée ou congénitale, elle atteint dans une même famille les enfants d'un même sexe. Elle se caractérise par des taches pigmentaires, des télangiectasies, des plaques d'atrophie cutanée, et des tumeurs épithéliomateuses. Le pronostic est grave malgré la bénignité apparente de la maladie ; les malades meurent de cachexie cancéreuse. Les médications employées jusqu'à ce jour ont été impuissantes. Il existe un certain rapport entre les taches de lentigo et le développement des tumeurs épithéliomateuses. Aussi Quinquaud préfère à la dénomination de xeroderma pigmentosum, l'appellation de lentigo épithéliomateux qui rappelle la nature et la gravité de la maladie. L'auteur rapporte deux observations nouvelles et donne un relevé des observations publiées jusqu'à ce jour.

F. BALZER.

Molluscum Contagiosum, par STELWAGON (*Journ. of cut. and gen.-ur. dis., février* 1889).

L'auteur signale après Allen un certain nombre de cas en faveur de la doctrine de la contagion du molluscum contagiosum. Il divise ses observations en quatre groupes. Les deux premiers groupes de cinq et

de treize cas, ont été recueillis dans deux établissements d'enfants : les tumeurs, chez eux, se développaient surtout à la face et aux mains.

Dans l'un de ces établissements, la maladie avait été introduite par un enfant et s'était ensuite reproduite chez d'autres enfants. A Philadelphie, dans une même famille, l'auteur en a observé trois cas. Dans l'établissement Saint-Vincent, où l'auteur avait observé le second groupe de cas de molluscum, il en a observé encore une nouvelle série de douze cas. Les inoculations qu'il a tentées n'ont pas réussi. La maladie peut se développer sur les parties couvertes et surtout sur les parties exposées et sur les parties avec lesquelles les mains peuvent être en contact répété comme les organes génitaux. La maladie est fréquente chez les enfants des classes pauvres. Elle s'observe plus fréquemment par petites épidémies dans les familles ou les institutions. Il faut admettre sa contagiosité, tout en reconnaissant qu'elle est extrêmement faible.

F. BALZER.

Neuro-fibromes multiples, par HALLOPEAU (*Ann. de Derm.*, *n*os 8-9, 1889).

Ces tumeurs d'origine congénitale avaient pris un développement assez considérable depuis huit ans chez un malade qui en portait un grand nombre dans toutes les régions. Leur volume varie entre celui d'un grain de millet et celui d'une noisette. La peau à leur niveau est violacée, quelquefois couverte de poils. Elles sont fermes, de consistance variable, un peu douloureuses à la pression : elles s'accompagnent de taches pigmentaires. Darier a constaté que ces néoplasmes sont constitués par une hyperplasie intra-fasciculaire du nerf dont les tubes sont dissociés sans être altérés : il s'agit de fibromes des nerfs. D'autres tumeurs intra-dermiques ont simplement la structure du molluscum fibrosum.

A ce propos Darier fait remarquer qu'il n'a pu contrôler l'opinion de Recklinghausen qui admet que ces tumeurs venaient toutes de névrofibromes développés les uns dans les troncs nerveux, les autres dans leurs ramifications terminales dermiques. F. BALZER.

Multiple sarcoma, par SHERWELL (*Journ. of cut. and genit.-urin. dis.*, *janvier* 1889).

Sherwell rapporte l'observation d'un sarcome traité par l'arsenic. La tumeur d'abord unique fut examinée au microscope qui démontra sa nature sarcomateuse. Mais, après l'opération, d'autres tumeurs se développèrent. Le malade fut alors traité par l'arsenic à hautes doses, et cette médication fit disparaître un certain nombre de ces tumeurs et amena une amélioration des plus remarquables. Il employait la solution suivante : liqueur de Fowler, 1 once; liqueur de Donovan, 2 drachmes. Le malade en a pris jusqu'à 108 gouttes par jour. F. BALZER.

Papillome neuropathique congénital, par George Edward WHERRY (*The Practitioner*, *mai* 1889).

Wherry cite un cas de cette affection qui correspond à ce que nous appelons en France nævus verruqueux icthyosiforme, et où la lésion cutanée, siégeant à la fois aux deux membres droits et à l'abdomen, s'accompagnait de démangeaisons intenses et d'éruptions papuleuses agminées zostériformes. Par la section d'un filet nerveux sous-cutané du membre supérieur, l'auteur rapporte qu'il a fait disparaître, dans le

territoire correspondant au nerf coupé, les lésions objectives et les symptômes fonctionnels, tandis que la maladie se reproduisait sans cesse telle que sur les parties qui n'avaient pas été soumises à cette excision nerveuse. E. DESCHAMPS.

Xanthoma multiplex mit Leberleiden (Xanthélasma et affection hépatique), par POLYAK (*Wien. med. Presse, n° 30, p. 1220, 1889*).

L'auteur décrit le xanthome multiplex tuberosum et planum chez un sujet de 28 ans, brasseur, atteint d'hypertrophie hépatique. On constate sur la face et spécialement sur les joues des taches couleur café. Aux deux côtés du cou et surtout à la nuque, existent de nombreux nodules dont le volume atteint ou dépasse celui d'une lentille, finement lobulés, jaune orange, réunis en groupes ; on les retrouve au dos et à la région lombaire. Rien à la région antérieure du tronc. Dans les intervalles qui séparent les nodules, on constate de petites taches brunes avec une dépression centrale pseudo-cicatricielle, qui semblent résulter de la régression des xanthomes.

Nodules nombreux aux épaules, au tiers externe et supérieur des bras, aux coudes. Quelques cicatrices aux jambes. L. GALLIARD.

Zur Casuistik von Peliosis rheumatica (Péliose rhumatismale), par GUZIEW (*Arch. für Derm. und Syph., Heft 1, 1889*).

L'auteur rapporte l'observation détaillée d'une jeune fille de 16 ans. Tout à coup apparurent sans prodromes de nombreuses hémorragies cutanées, aux avant-bras et aux genoux et la maladie évolua avec une série de paroxysmes exanthématiques et rhumatismaux. L'auteur admet avec certaines réserves l'hypothèse que le purpura rhumatismal dépend d'une angionévrose des vaisseaux périphériques. F. BALZER.

I. — Le traitement de l'hypertrichosis, par Arthur JAMISON (*The Practitioner, juillet et août 1889*).

II. — Trichomycosis nodosa : a bacillary disease of the hair, par R. Glasgow PATTESON (*Brit. med. journ., p. 1166, mai 1889*).

I. — A. Jamison préconise le traitement, mis en pratique par lui depuis plusieurs années, de l'hypertrichose par l'éthylate de soude. Une seule application suffit en général.

Il coupe les cheveux ras à la surface du nævus, et, à l'aide d'un fin bâton de verre, il peint celui-ci avec l'éthylate de soude. Quand il en est comme vernissé, il le frotte doucement avec le bout de la baguette de verre pour mieux faire pénétrer le médicament dans les follicules pileux, en ayant soin qu'il ne coule rien sur la peau saine alentour. Le nævus noircit aussitôt. Il s'y forme ensuite une croûte dure qui met trois semaines environ à tomber. Quand elle se détache, on voit que les cheveux sont détruits et que la surface du nævus a un aspect uni, comme cicatriciel, bien moins foncé qu'auparavant.

H. Jamison recommande de même l'application d'une fine goutte d'éthylate de soude sur le milieu des petits nævi vasculaires qui s'observent souvent sur les côtés du nez des petits enfants. E. DESCHAMPS.

II. — La trichomycose est une affection parasitaire du poil de l'aisselle signalée par Paxton d'abord, puis par Érasme Wilson sous le nom de lepotrix. Crocker et Eberth ont démontré la présence de bacilles dans

les nodosités des poils. A l'œil nu, ceux-ci sont secs, rugueux, dépolis; à la loupe, on constate une série de petites nodosités qui leur donnent cet aspect. Ces nodosités ne pénètrent jamais dans le follicule pileux. Elles sont composées par un amas de bacilles déposés à la surface du poil et qui ne pénètrent pas très profondément dans les gaines corticales du poil, en les éclatant et en les dissociant : de là l'apparence terne des poils. Ces bacilles sont agglomérés en masses agglutinées qui semblent aussi consistantes que l'enveloppe de l'œuf des pédicules. L'auteur a cherché sans succès à cultiver ce bacille, qui ne se montre que dans les milieux acidifiés par la sueur. H. R.

Beitrag zur Lehre von Trichorrhexis nodosa, par ABRAMOWITSCH (*Archiv f. Derm. und Syph., Heft* 1, 1889).

Homme âgé de 26 ans, brasseur, était atteint de psoriasis du cuir chevelu avec chute de poils à la tête et dans la barbe. Il remarquait ces altérations depuis deux ans. Il se produisait de petites plaques blanches en beaucoup d'endroits, et les cheveux affectés se brisaient au niveau des petites nodosités. Le gonflement en fuseau de la tige du poil faisait défaut dans ce cas, la tige devenait cylindrique et la racine prenait une couleur noire; les cheveux se fendaient par le bout périphérique. L'auteur ne croit pas à une anomalie de la nutrition. F. BALZER.

Sycosis : a clinical study, par JACKSON (*Journal of cut. and genit.ur. dis., janvier* 1889).

Nous ne relèverons, dans ce travail, que le traitement du sycosis :

Dans les cas aigus avec pustules, épilation ou curetage, avec applications de pommade boriquée ou de pommade salicylée de Lassar. On donne un dixième de grain de sulfure de calcium en tablettes, toutes les deux heures. Dans les cas subaigus, même traitement chirurgical, savonnages suivis de l'emploi d'une pommade mercurielle ou soufrée, légèrement stimulante. Dans les cas chroniques, épilation ou curetage, ou applications de potasse caustique en solution avec prudence. Le goudron peut aussi être employé si l'on n'emploie pas la potasse caustique. L'alcool de goudron, proposé par Pick, donne de bons résultats dans l'eczéma chronique. Les frictions savonneuses doivent être faites concurremment. L'auteur rapporte dans son travail plusieurs observations de guérison par ses méthodes. Il insiste sur la nécessité de pansements, régulièrement faits jour et nuit. Dans la discussion qui suit la lecture du travail de Jackson à la Société de Dermatologie de New York, Klotz dit avoir obtenu d'excellents résultats de la préparation suivante : naphtol B, une partie; soufre, 3 parties; vaseline ou lanoline, 30 parties. Il préfère ce mélange à la pâte de Lassar ; il le fait alterner avec des applications d'une solution boriquée, en ayant soin de faire raser les poils.

F. BALZER.

Ein Fall von schwimmhosenartigen-thierfellähnlichen Nævus piliferus pigmentosus (Nævus pilifère en forme de caleçon de bains), par M. JOSEPH (*Deustche med. Woch., n°* 24, *p.* 482, 1889).

Homme de 22 ans, robuste, bien portant, atteint d'une altération congénitale très remarquable de la peau. Il semble porter un caleçon de bains fait de peau de bête, qui recouvre l'abdomen, la partie inférieure du dos, la ré-

gion sacrée, les fesses, la cuisse droite et une partie de la cuisse gauche. Sur toutes ces régions, on voit des poils épais, longs de 4 à 5 centimètres, comme au moment de la naissance, de couleur brun foncé. Ils sont implantés sur une peau lisse, fortement pigmentée en général, parfois brun clair.

La hauteur du nævus pigmentaire pilifère est de 65 centimètres en avant, à droite, de 46 centimètres seulement à gauche. Il est limité en haut par une ligne courbe à concavité supérieure. La partie interne et le tiers supérieur du genou sont respectés.

On trouve en haut et à droite trois taches de vitiligo. Système pileux normal à la tête et aux sourcils; pas de barbe. Cheveux blonds; iris gris-bleu. Une quarantaine de petits nævi sont disséminés au dos, à la poitrine, aux membres supérieurs, au visage. L. GALLIARD.

Ueber einen Fall von Elephantiasis congenita, par WAITZ (*Archiv für klin. Chirurgie*, *XXXIX*, *p.* 229, 1889).

Enfant de 2 ans présentant une hypertrophie congénitale des membres inférieurs, principalement du côté droit. Il existe un allongement marqué du squelette des deux pieds, ainsi que du fémur et des os de la jambe du côté droit, ce que l'auteur attribue à la suractivité nutritive des os résultant de l'hypertrophie vasculaire. En effet, tout le système sanguin et lymphatique des membres participe à l'hypertrophie; du côté de la circulation sanguine, nævus diffus, tumeurs caverneuses, varices veineuses, état angiomateux; du côté de la circulation lymphatique, lymphangiectasies, angiomes lymphatiques et vésicules de la grosseur d'un tête d'épingle à celle d'un noyau de cerise. Enfin tissu conjonctif hypertrophié et surchargé de graisse. L'auteur considère cette affection comme une combinaison de l'éléphantiasis lymphan giectodes et télangiectodes congenita d'Esmarch et Kulenkampf. DE SANTI.

Eine durch medicamentœse Einwirkung hervogerufene Hautaffection (Eruption médicamenteuse occasionnée par la rhubarbe), par LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 33, *p.* 744, 19 *août* 1889).

Homme de 45 ans ; peu d'heures après avoir pris une infusion de rhubarbe, il eut un frisson, de la fièvre, des douleurs dans les membres et une éruption papulo-pustuleuse qui se généralise à la surface du corps (y compris le cuir chevelu) et aux muqueuses visibles (bouche, pharynx, paupières). Dès que l'éruption se fut développée, tous les phénomènes généraux, y compris la fièvre, disparurent définitivement.

L'éruption se composait, en premier lieu, de taches hémorragiques : les unes rondes, d'autres en stries ou de configurations irrégulières; ces taches, dont les dimensions variaient entre celles d'un haricot et de la paume de la main ou même davantage, étaient réparties sur tout le corps; leur couleur oscillait du rouge au brun, mais aucune ne présentait les nuances dues à la matière colorante du sang, dans les hémorragies ou les ecchymoses.

L'autre élément éruptif était formé par des pustules pemphigoïdes, répandues également sur la totalité du corps ainsi que sur les muqueuses et de grosseurs diverses. En beaucoup d'endroits, il y avait confluence des efflorescences et formation d'énormes surfaces ayant l'aspect de pemphigus foliacé.

Ailleurs, la peau paraissait comme enduite de savon; en passant légèrement la main dessus, on produisait de petits plis qui se détachaient ensuite par lambeaux.

Les lèvres, énormément tuméfiées, étaient couvertes de pustules et de croûtes sanguinolentes. La langue, garnie de fuliginosités, était fendillée et crouteuse.

A plusieurs reprises, le malade eut des urétrorragies profuses.

Néanmoins, l'état général était excellent. Les rétines n'offraient pas d'hémorragies. Urines normales, à part la teinte ictérique caractéristique et la réaction rouge par les alcalis.

Au bout d'une quinzaine, guérison sans cicatrices.

Le malade disait avoir eu déjà deux fois semblables éruptions immédiatement après l'usage de la rhubarbe. Mais pour s'assurer que c'était bien là la vraie cause des accidents, Litten lui fit reprendre, après entière guérison, plusieurs cuillerées à bouche d'une infusion de rhubarbe au vingtième, provenant d'une autre pharmacie (afin d'être sûr qu'il ne s'agissait pas d'une impureté de médicament) ; le soir même apparurent frissons, fièvre et mêmes éruptions. J. B.

I. — Diffused pigmentation produced by the internal use of arsenic, par LESZYNSKY (*New York med. record, p.* 472, 27 *avril* 1889).

II. — Pigmentation der Haut... (Pigmentation de la peau consécutive à l'usage interne d'arsenic), par E. HAFFTER (*Corresp. Bl. f. schweiz. Aerzte, p.* 347, 1er *juin* 1889).

I. — Leszynsky montre une petite fille de 9 à 10 ans, présentant une pigmentation très marquée de tout le corps. Elle prend de la solution de Fowler pour guérir la chorée dont elle est atteinte.

L'auteur réserve tout pronostic. P. DUFLOCQ.

II. — Haffter rapporte deux faits de pigmentation d'origine arsenicale :

Le 1er concerne une femme de 30 ans qui prit pendant 3 ou 4 ans à peu près chaque jour de 15 à 30 gouttes de liqueur de Fowler pour un exanthème prurigineux. Au bout de ce temps, elle avait une teinte bronzée universelle de la peau de la face, du corps et des membres sans autre phénomène d'intoxication.

Le 2e est celui d'une femme de 35 ans qui ayant pris, pour un eczéma du cuir chevelu, durant 4 mois, de la liqueur de Fowler aux doses graduellement croissantes de 12 à 24 gouttes, présenta une teinte foncée de la face et une pigmentation intense du cou et du tronc en même temps que quelques légers phénomènes d'intoxication : nausées, coliques, sécheresse de la gorge, etc.

Cette pigmentation des téguments a son analogue dans l'intestin ainsi que l'ont montré Brown et Davis (*R. S. M.*, XXIV, 97.) J. B.

Documents pour servir à l'histoire de la syphilis à Nîmes, par A. PUECH (*Montpellier méd., octobre* 1888).

D'après les documents tirés des Archives de la Cité et du fonds de l'Hôtel-Dieu de Nîmes, l'auteur incline à penser que la syphilis a été importée à Nîmes au XVIe siècle. Une maison de tolérance avait été établie dans cette ville au XVIe siècle, et on ne trouve rien qui, jusqu'au XVIe siècle, puisse faire penser à la *grosse vérole*. En 1532, d'après les doléances des malades, la fermeture de la maison fut prononcée pour cause de syphilis.

Enfin, quelques documents intéressants rapportés par Puech montrent que les médecins du XVIIe siècle (1652) admettaient comme démontrée et réelle la transmission de la syphilis du nourrisson à la nourrice.

A. MOSSÉ.

Beiträge zur klinischen Diagnose der syphilitischen Infektion während des Inkubations-Stadiums (Contribution au diagnostic clinique de l'infection syphilitique pendant le stade d'incubation), par VAJDA (*Wien. med. Wochenschrift*, nos 10, 11, 12· 14, 15, 19, 20, 1889).

L'inoculation du poison syphilitique en un point quelconque des téguments est accompagnée de la tuméfaction des ganglions correspondants pendant la période d'incubation sans aucune exception. La tuméfaction se localise dans les ganglions parcourus par le courant lymphatique provenant du lieu d'infection, à un seul d'abord, puis à ceux du voisinage, mais dans une faible mesure, de sorte que l'on ne peut pas dire que la pléiade ganglionnaire soit un signe caractéristique de l'infection commençante. Les ganglions atteignent différentes dimensions, depuis la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pomme. La tuméfaction se porte d'abord d'un seul côté, puis s'étend aux deux côtés; l'unilatéralité de celle-ci pendant l'incubation n'exclut pas la possibilité d'une infection syphilitique.

L'adénite syphilitique est ordinairement indolente, quelquefois douloureuse ; elle peut suppurer.

L'adénopathie apparaît du huitième au quinzième jour et ne disparaît pas totalement pendant les sept semaines que dure l'incubation. Comme l'induration du chancre peut manquer, l'adénopathie est le signe le plus constant de l'infection syphilitique. Si la tuméfaction ganglionnaire ne débute pas quinze jours après le coït impur, on peut presque affirmer qu'il n'y aura pas d'infection ; au bout de trois semaines, on peut l'affirmer sans hésiter. BARBE.

Zur Lehre von der congenitalen Hirn und Rückenmarksyphilis (Contribution à l'étude de la syphilis cérébro-spinale congénitale), par E. SIEMERLING (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Band XX, Heft* 1, *p.* 102).

Une jeune fille de 12 ans, dont le père avait eu la syphilis, entra à l'hôpital au mois de novembre 1886. A l'âge de 4 ans, elle avait eu un ictus apoplectique, suivi de parésie à droite et d'aphasie. L'usage de la parole lui est revenu, mais la parésie a persisté. A l'âge de six ans, le médecin avait constaté chez la petite malade, de l'incoordination des membres inférieurs qui étaient privés de force ; il n'y avait pas de troubles bien accusés de la sensibilité.

En avril 1886, l'enfant avait été prise de vomissements et de vertiges. Attaques épileptiformes au mois de juin, qui se sont reproduites tous les 8 ou 15 jours. Fin octobre, diminution de l'acuité auditive des deux côtés. Le mois suivant, la surdité était devenue complète ; cécité en rapport avec une atrophie du nerf optique ; nystagmus. La commissure de la bouche était un peu abaissée à droite. La malade pouvait encore marcher, mais elle se plaignait de vertiges, et ses mouvements étaient empreints d'ataxie. Le phénomène du genou n'était pas aboli. Intelligence un peu diminuée.

Pendant son séjour à l'hôpital, la malade a eu plusieurs attaques épileptiformes, et elle a succombé au sortir d'une semblable attaque.

Autopsie : cerveau hydrocéphale. Amincissement considérable de la dure-mère. Par places, impossibilité de détacher du cerveau l'arachnoïde et la pie-mère intimement soudées l'une à l'autre, principalement à la base. La moelle est ensérée dans une gangue épaisse formée par les méninges altérées. L'examen histologique a fait constater sur la pie-mère, des prolonge-

ments en forme de bouchons, parsemés de cellules arrondies, et qui pénétraient dans la substance blanche de la moelle, sans atteindre la substance grise qui était néanmoins déprimée. Les altérations vasculaires bien connues existaient dans le cerveau et la moelle, mais elles étaient plus nettes dans le premier de ces organes. Les racines spinales étaient à peu près intactes.

Il s'agissait, en somme, d'une encéphalo-méningite gommeuse basilaire, d'une hydrocéphalie interne, de gommes de la dure-mère, avec atrophie de cette membrane; on constatait en outre, les altérations de l'ostéoporose, à la base du crâne. Les nerfs craniens étaient envahis par l'infiltration syphilitique sur une étendue variable d'une paire à l'autre; les nerfs optiques étaient dégénérés sur toute leur longueur. Dans les centres nerveux et les nerfs, la destruction des éléments nerveux était secondaire, consécutive à la compression exercée par les produits d'infiltration. Suivent quelques considérations sur l'évolution du processus anatomo-pathologique, dans le cas en question, sur les rapports des lésions avec les symptômes observés du vivant du sujet, et sur les principaux faits de syphilis congénitale des centres nerveux publiés jusqu'à ce jour. E. RICKLIN.

Syphilis et paralysie générale, par MOREL-LAVALLÉE et BÉLIÈRES (*In*-8°. *Paris* 1889).

Existe-t-il une paralysie vraie d'origine syphilitique ayant le substratum de la paralysie générale ordinaire, mais gardant quelques différences cliniques? La paralysie générale peut-elle reconnaître la syphilis comme une de ses causes, et dans ce cas, a-t-elle une symptomatologie un peu spéciale, par exemple plus ou moins effacée? Ou bien, en second lieu, ces prétendues différences cliniques sont-elles sans raison d'être entre les différentes formes de la paralysie générale vraie, et la syphilis a-t-elle sur la paralysie générale une influence étiologique certaine, de telle sorte que l'on puisse considérer cette dernière comme constituant dans un plus ou moins grand nombre de cas une forme de syphilis cérébrale? Telles sont les questions que les auteurs ont cherché à résoudre en s'appuyant surtout sur des données bibliographiques et cliniques, et sur les opinions émises par divers auteurs spécialistes aux quels ils ont demandé leur opinion par voie d'enquête. Nous donnerons ici seulement les principales conclusions de cet intéressant ouvrage.

Les lésions anatomiques, constituant la péri-encéphalite diffuse primitive donnent lieu, cliniquement, à un ensemble de symptômes intéressant le domaine de l'idéation et du mouvement. Ce complexus symptomatique traduit un état de souffrance fonctionnelle du système cortico-cérébral pris dans son ensemble et quelle que soit la nature des lésions de l'écorce, pourvu qu'elles soient suffisamment étendues, chroniques et progressives. Toute altération réalisant ces trois conditions peut donc le simuler plus ou moins exactement. Les affections de ce genre ont reçu en pathologie clinique le nom d'états paralysoïdes (Lasègue) ou de pseudo-paralysie générale (Fournier).

La syphilis a produit dans un certain nombre de cas, des lésions localisées dans l'écorce ou dans les parties profondes du cerveau et par suite de semblables pseudo-paralysies générales. Cette variété mériterait le nom de paralysie générale syphilomateuse (Neavington); elle est acces-

sible au traitement. Mais la seconde variété clinique de pseudo-paralysie générale syphilitique, de beaucoup plus importante, est réalisée toutes les fois que sous l'influence de l'infection spécifique, il se fait un processus de méningo-cérébrite corticale assez étendue, soit par production de syphilomes scléro-gommeux en nappe, soit par infiltration cortico-méningée diffuse consécutive à un foyer limité de prolifération. C'est surtout dans ce dernier cas de méningo-encéphalite corticale étalée que les lésions de la pseudo-paralysie générale se rapprochent de celles de la paralysie générale, microscopiquement et histologiquement, et en raison même de cette similitude anatomo-pathologique, c'est là que la ressemblance symptomatique doit atteindre son maximum.

La paralysie générale de Bayle continuant aujourd'hui a être considérée comme une entité morbide, il y a lieu de se demander si ce n'est pas à des pseudo-paralysies générales par syphilome cortico-méningé en nappe qu'on a eu affaire lorsqu'on a décrit une forme spéciale comme appartenant à la paralysie générale d'origine syphilitique.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse là d'une pseudo-paralysie générale par syphilome scléreux étalé, ou d'une paralysie évoluant avec des symptômes spéciaux, il est exact que certains syphilitiques cérébraux se présentent avec un groupe de symptômes dont l'ensemble ne peut être attribué à aucune maladie connue, sauf à une paralysie générale incomplète, fruste, ébauchée ou pseudo-paralysie générale d'origine syphilitique à forme dépressive (Fournier). Le traitement anti-syphilitique a pu procurer des rémissions, peut-être des guérisons dans cette forme, qui n'en est pas moins beaucoup plus difficile à guérir que les autres formes de syphilis cérébrale.

La paralysie générale classique dans son type le plus complet paraît, surtout d'après les statistiques étrangères, compter souvent la syphilis dans ses antécédents. La proportion de syphilitiques trouvés parmi les paralytiques généraux internés semble même augmenter en raison directe des facilités qu'a le médecin pour établir l'anamnèse.

Ces deux ordres de faits autorisent à se demander si la syphilis n'occupe pas une place importante parmi les facteurs étiologiques de la paralysie générale vraie. Malgré l'absence de documents contradictoires, il est encore impossible de se prononcer définitivement à ce sujet.

Il faut reconnaître que la solution affirmative de l'origine syphilitique de la paralysie générale vraie aurait une importance nosologique considérable. En effet, si de même que le tabes, la paralysie générale, ne fût-ce que dans quelques cas, est une affection syphilitique ou para-syphilitique, la distinction dans le cadre de la syphilis cérébrale des pseudo-paralysies générales n'a plus de raison d'être, si ce n'est à titre de simples variétés. Dès lors, l'unité de la paralysie générale est brisée ; mais ce point de doctrine n'est pas encore assez éclairci pour qu'on puisse formuler un jugement définitif.

F. BALZER.

Gommes syphilitiques anormales de l'isthme du gosier, par ROYER (*Ann. de Derm., septembre* 1889).

Femme âgée de 34 ans, ayant contracté la syphilis il y a 10 ans, chlorotique, vient aux eaux de Challes atteinte d'une ulcération de la cloison du nez, sans lésion du squelette. La muqueuse de l'isthme du gosier est cou-

verte de nombreuses tubérosités ayant en moyenne le volume d'une graine de chènevis, saillantes et dures, occupant la luette, les parties inférieures du voile du palais, les piliers et les amygdales. L'auteur admet que ces productions sont des gommes non dégénérées, mais ayant plutôt subi l'évolution scléreuse. Un traitement énergique par l'eau de Challes (700 grammes par jour en boisson) ; irrigations nasales, frictions mercurielles et 5 grammes d'iodure de potassium par jour, fut institué et continué pendant un mois. Ce traitement amena rapidement l'amélioration de l'état général, la guérison de l'ulcération du nez, mais non la résolution des petites tumeurs du pharynx. L'auteur insiste dans ses conclusions sur la forme anormale de ces productions gommeuses, leur multiplicité, leur évolution scléreuse, leur ressemblance avec le lupus pharyngé et leur résistance au traitement. Il rappelle un cas analogue observé par Roth et Lang et dans lequel la nature syphilitique de l'altération fut également admise. F. BALZER.

I. — Ueber einen Fall von syphilitischer Wirbelerkrankung (Mal de Pott syphilitique), par E. LEYDEN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 461, *mai* 1889).

II. — Cas de syphilis vertébrale, par OPPENHEIM (*Ibidem*, *p.* 806, *septembre* 1889).

III. — Même sujet, par LEWIN (*Ibidem*, *p.* 807).

I. — Homme de 34 ans, ayant eu en 1872 un chancre suivi d'un bubon qu'on incisa ; pas de phénomènes secondaires.

Début de l'affection actuelle il y a 2 ans, par des douleurs, tantôt lancinantes, tantôt rongeantes à la partie inférieure du rachis. Un an plus tard vives douleurs dans le membre inférieur gauche, surtout dans la flexion. Le malade marchait le dos voûté, penché sur le côté droit et la tête en avant. En août 1888, membre inférieur gauche presque complètement paralysé, hyperesthésie de tout le côté droit. En octobre suivant, affaiblissement du membre supérieur droit. En février 1889, le malade ne peut plus faire que quelques pas en traînant la jambe gauche ; la droite offre aussi un certain degré de parésie. Le membre supérieur droit est également affaibli et douloureux.

A la partie inférieure de la région dorsale et à la partie inférieure de la lombaire, le rachis offre une rainure paraissant comprendre plusieurs vertèbres et très sensible à la pression. A la partie supérieure de la région dorsale, le rachis, sans présenter de difformité, est également très douloureux à la pression. Il existe en outre de la sensibilité au niveau des articulations du coude-pied gauche, du poignet droit et des 2 clavicules.

Sous l'influence d'un traitement spécifique mixte, on constatait déjà une amélioration au bout de 8 jours. Après 1 mois de cure, la guérison était presque complète. La proéminence dorso-lombaire avait à peu près entièrement disparu ; le haut de la colonne dorsale n'était plus douloureux à la pression ; aux membres inférieurs, il ne restait qu'un peu de faiblesse et de raideur de la jambe gauche ; le membre supérieur droit était redevenu normal, etc. (*R. S. M.*, XVIII, 204 et XX, 654). J. B.

II. — Femme de 28 ans ayant contracté la syphilis dans l'hiver de 1879-1880 ; elle subit un premier traitement ioduré pour un ozène avec élimination de séquestres. En 1881, gonflements douloureux de l'omoplate, puis de la clavicule gauche qui rétrocèdent par la même médication. En mars 1882, au milieu d'une vive céphalée occipitale, développement lent d'une tumeur douloureuse de rachis cervical pour laquelle elle subit de nouveau un traitement spécifique. En juin 1882, douleurs violentes, sur le trajet des nerfs cervicaux supérieurs et développement rapide d'une paralysie des 4 membres.

Les apophyses épineuses des 5 premières vertèbres cervicales étaient le siège d'une tuméfaction considérable, diffuse, osseuse, irrégulière et doulou-

reuse. La tête était presque complètement immobilisée par la contracture des muscles du pourtour du cou.

La paralysie des membres était presque totale et s'accompagnait de phénomènes spasmodiques. Impossibilité de marcher et de se tenir debout. Troubles de la sensibilité au niveau des nerfs cervicaux supérieurs.

La guérison a été obtenue après un traitement de 2 ans par des frictions mercurielles (plus de 500 grammes d'onguent gris).

La motilité commença à reparaître dans les membres supérieurs.

Actuellement, il ne reste que la tuméfaction osseuse du rachis cervical et la gêne des mouvements de la tête.

III. — A la connaissance de Lewin, il a été publié seulement 22 cas de syphilis des vertèbres dont 19 par Levot, 2 par Fournier et 1 par Lorewicz; 13 concernant le rachis cervical, 8 la colonne lombaire et 1 les vertèbres sacrées. Lewin lui-même a vu 3 faits de ce genre; pour 2 d'entre eux le diagnostic était certain.

Le 1er cas concerne un homme atteint de spondylite des 2e et 3e cervicales. Il avait une disophagie intense. Sur la paroi postérieure du pharynx se percevait une tumeur fluctuante. Puis apparut de la parésie des membres supérieurs et inférieurs.

A l'autopsie, on constata une carie des 2e et 3e cervicales.

Le 2e cas concerne une fillette âgée de 1 an, atteinte de dysphagie et d'enrouement. Il existait un abcès de la paroi pharyngée postérieure qui fut incisé et ne se cicatrisa pas. Ultérieurement apparurent d'autres manifestations spécifiques. Le père avait été infecté avant son mariage et la mère avait eu plusieurs avortements.

Chez le 3e malade, le diagnostic était hésitant entre une méningite cérébrospinale épidémique (il n'y en avait pas alors à Berlin) des gommes des muscles cervicaux et une spondylite syphilitique. Cet homme avait de la fièvre, une grande agitation et avait vomi une fois. Il accusait des douleurs à l'occiput et à la nuque avec irradiations dans les bras. Dans les muscles postérieurs du cou, on sentait des noyaux durs. Les antécédents syphilitiques du malade étaient multiples. Finalement, apparut une tuméfaction au niveau de la 2e vertèbre cervicale. Guérison par les injections sous-cutanées de sublimé.

La syphilis frappe plus le corps des vertèbres que leur arc. J. B.

Die Grundlinien der heutigen Syphilistherapie (Règles générales du traitement de la syphilis d'après la thérapeutique moderne), par SCHWIMMER (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 12, 1889).

L'auteur établit successivement les trois points suivants :

1° Après l'infection existe-t-il un moyen d'éviter l'explosion des accidents constitutionnels? L'extirpation du chancre est, à ce point de vue, tout à fait inefficace, car au moment de l'apparition du chancre le virus n'est déjà plus localisé au point d'inoculation. Quant à l'ablation des ganglions satellites du chancre, elle n'est pas plus justifiée, vu la disposition des réseaux lymphatiques qui sont toujours en rapport avec plusieurs groupes ganglionnaires, parfois très éloignés les uns des autres.

2° Quand la syphilis a fait éruption, quel est le meilleur moyen de la combattre ? On commencera le traitement mercuriel dès que le diagnostic sera établi (dès l'apparition de l'induration chancreuse). On donnera le mercure soit sous forme de sublimé (en solution ou en pilules), soit sous forme de tannate d'oxydule de mercure (1 centigramme deux ou trois fois par jour). On peut aussi employer les frictions mercurielles

à la dose de 3 grammes par jour pendant cinq jours de suite, on répétera la série jusqu'à six fois avec des intervalles de repos. Les injections (calomel, huile grise, etc.) n'offrent pas d'avantages sérieux. Comme complément du traitement, on donnera des toniques, des ferrugineux et une alimentation réparatrice mais pas trop copieuse. L'iodure de potassium sera prescrit pendant deux mois après la fin de la médication mercurielle; en cas d'intolérance on aura recours à d'autres préparations d'iode (teinture d'iode, iodure de fer, iodoforme, iodol). Les bains sulfureux, les bains de mer, l'hydrothérapie, peuvent offrir aussi de l'utilité, ainsi que les eaux iodurées comme celles de Hall et de Lipik (Hongrie).

3° Au bout de combien de temps la syphilis ainsi traitée peut-elle être considérée comme éteinte? L'auteur, comme on pouvait s'y attendre, n'arrive pas à donner une réponse précise. C'est affaire d'appréciation et les éléments du problème varient selon chaque cas particulier. L'état du système ganglionnaire est un critérium important. En moyenne dix-huit mois ou deux ans d'un traitement rationnel donnent une sécurité suffisante, mais si le malade veut contracter un mariage il devra se soigner encore plus longtemps. H. BARTH.

I. — **Ueber Hydrargyrum salicylicum (Du salicylate de mercure), par HAHN** (*Arch. f. Derm. und Syph.*, *Heft* 3, 1889).

II. — **Ueber Nachschübe der Syphilissymptome (Des récidives de syphilis après les injections d'oxyde jaune), par GYEDROIC** (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *Heft* 3, 1889).

III. — **Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel, par FEDOTOW** (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *Heft* 1, 1889).

IV. — **Recherches expérimentales sur l'absorption du mercure dans les injections hypodermiques de calomel, par CHEMINADE** (*Union médicale*, 13 *août* 1889).

V. — **Ueber einen Fall von acuten Quecksilbervergiftung... (Sur un cas d'empoisonnement mercuriel aigu consécutif aux injections sous-cutanées d'huile grise, avec examen microscopique)** (*Discussion au Congrès de Prague*, *juin* 1889).

I. — L'auteur rapporte d'abord les importants travaux de Aranjo, Plumert, Epstein, Neumann, Szadeck, Neisser, etc..., sur ce sujet. Il s'est servi pour ses essais de la préparation suivante : salicylate de mercure, 1,5; paraffine liquide, 15. On injectait tous les quatre jours environ 6 centigrammes cubes de salicylate de mercure, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires. La moyenne des malades recevait de 3 à 6 injections : quelques-uns en reçurent 7, 8 et même 10. L'auteur a traité 38 malades à la clinique de Doutrelepont : il a condensé les résultats dans un tableau très clair. Pour lui, le traitement par les injections de salicylate de mercure donne d'excellents résultats dans toutes les formes de la syphilis : les accidents des premières phases disparaissent avec une ou deux injections. Le nombre des injections est un peu plus grand qu'avec les injections de calomel. Mais le salicylate de mercure a le grand avantage de causer une réaction locale moindre et de ne point provoquer de phéno-

mènes d'intoxication. On peut recommander de faire les injections tous les trois jours, à la dose de cinq centigrammes, sans crainte d'intoxication.

II. — L'auteur compare les résultats du traitement de la syphilis par la méthode des frictions et par la méthode des injections d'oxyde jaune suivant la formule de Watraszewski. 250 femmes ont été traitées par la première méthode, à l'hôpital Saint-Lazare de Varsovie, en 1884-85 ; 122 femmes ont été traitées par les injections en 1886-87. L'auteur s'est posé deux questions : Après les injections d'oxyde jaune, les récidives sont-elles plus graves qu'après les frictions? Sont-elles plus fréquentes après les injections? La réponse est négative pour les deux questions ; les différences peuvent être considérées comme peu importantes.

III. — Fedotow s'est servi du calomel en suspension dans une solution de gomme à 1 pour 10. Les injections étaient faites à des intervalles de cinq à treize jours avec toutes les précautions antiseptiques dans le tissu sous-cutané. 17 hommes avec des accidents secondaires, 15 avec des accidents de récidive, furent traités ; en tout, 183 injections ont été faites. Les résultats ne furent pas satisfaisants : dans douze cas, il y eut récidive, et pour obtenir la disparition dans les autres cas il fallut plus de six injections. Celles-ci étaient douloureuses et provoquaient toujours des indurations : il y eut trois abcès. Pour l'auteur, ces injections sont insuffisantes comme méthode générale de traitement de la syphilis, et ne peuvent servir qu'à titre exceptionnel. Dans la discussion de ce travail, Petersen fait observer que l'auteur n'aurait pas dû choisir le calomel préparé par voie humide, et qu'un bon nombre des malades de Fedotow étaient non seulement syphilitiques, mais en outre anémiques, scorbutiques, phtisiques.

IV. — Le nodus inflammatoire consécutif à l'injection se forme plus lentement que chez l'homme. Le tissu injecté d'abord, vascularisé et ecchymotique, perd peu à peu sa teinte foncée pour arriver à une teinte blanc jaunâtre comparable au suif. Le mercure s'absorbe lentement et s'absorbe en nature, ainsi que le montrent les taches obtenues sur le papier réactif de Merget, au nitrate d'argent ammoniacal. BALZER.

V. — Il s'agit d'un travail de Vladimir *Lukasiewicz* sur plusieurs cas d'empoisonnement mercuriel, survenus à la suite d'injections sous-cutanées et intra-musculaires d'huile grise de Lang.

Le premier cas est une observation d'empoisonnement mercuriel aigu suivi de mort, survenue à la suite de l'injestion de 2cc,15 d'huile grise de Lang (72 centigrammes de mercure) faite dans l'espace de sept semaines chez une femme âgée de 45 ans, d'une bonne santé. La syphilis avait débuté le 15 septembre. Jamais la malade n'avait suivi de traitement spécifique avant son entrée à la clinique. Du 20 septembre au 8 novembre, on fait dans les muscles de la fesse et dans la région sous-scapulaire onze injections. Le 28 septembre, la malade a eu des vomissements, des traces d'albumine dans l'urine, toujours normale auparavant. Ces deux phénomènes disparaissent bientôt. Pas de stomatite. Peu de temps après la dernière injection apparaissent l'agacement gingival, la fétidité de l'haleine et la salivation. La stomatite s'aggrave, des ulcérations, une abondante salivation se montrent. Les selles deviennent sanglantes, très douloureuses. L'albumine reparaît dans l'urine. Jusqu'au 19 octobre, époque de la mort, tous ces phénomènes ont persisté.

A l'autopsie, on constate, outre les altérations de la cavité buccale, des

lésions profondes de la muqueuse de l'intestin grêle près de la valvule iléo-cæcale et de tout le gros intestin. Cette muqueuse épaissie a une teinte feuille-morte et présente des eschares grisâtres au sommet de tous les plis. Les reins sont altérés. Ce sont bien là les altérations que l'on trouve habituellement dans les empoisonnements mercuriels.

Dans ce cas, il y a eu cependant à peine le tiers de la dose injectée qui a été résorbée. Tous les foyers d'injection ayant été excisés et examinés, on y trouva du mercure en quantité notable. Lukasiewicz en a profité pour étudier les altérations provoquées par le métal injecté. Le tissu conjonctif est sclérosé, les muscles profondément désorganisés. Dans les tubuli contorti, par exception dans les tubes droits du rein, on a trouvé des dépôts de carbonate de chaux.

2e *cas.* — Stomatite violente chez une malade qui avait reçu 0cc,8 d'huile grise en deux semaines.

3e *cas.* — Injection de 1cc,2 d'huile grise en quatre semaines. Courbature, vomissements, stomatite, albuminurie. Deux mois après, les phénomènes étaient très diminués, la néphrite disparue.

4e *cas.* — Injection de 1cc,6 d'huile grise. Stomatite violente.

5e *cas.* — Injection de 0cc,4 d'huile grise. Stomatite intense.

Dans la méthode des injections avec l'huile grise, on ne semble donc pas obtenir un dosage strict, et, on ne peut, comme dans l'emploi des frictions, arrêter l'introduction du mercure dans l'économie dès que les muqueuses buccale et intestinale présentent des phénomènes d'irritation. On ne sait pas quelle est la quantité qui sera résorbée. Le mercure, après être resté longtemps encapsulé dans les tissus sclérosés peut être, en effet, repris tout à coup par l'économie. Dans la méthode des injections avec les sels insolubles, il ne faut donc employer que les petites doses et les espacer.

Neisser dit qu'il est arrivé pour la méthode des injections, ce qui arrive chaque fois qu'on expérimente une nouvelle médication. On publie les cas malheureux de la nouvelle méthode, et on laisse dans l'ombre ceux que produisent les anciens modes de traitement. Pour juger sainement les effets des injections de sels insolubles, il faudrait réunir tous les cas traités et faire le tant pour cent des accidents. Sur 800 personnes traitées par le thymate, le salicylate de mercure et l'huile grise, il n'a vu qu'un cas de diarrhée douloureuse. Dans un autre cas, il y eut de la dypsnée, des douleurs épigastriques, de l'érythème : ces phénomènes, liés sans doute à une injection intra-veineuse, disparurent au bout de quelques heures. Les injections de salicylate et thymol mercuriques sont bien supportées, même dans la clientèle privée. Elles ont détrôné le calomel, plus douloureux. Le sublimé injecté dans les muscles provoque des foyers de nécrose; aussi il préfère les injections sous-cutanées.

D'après *Herxheimer*, le salicylate de mercure est beaucoup moins douloureux que le calomel ou l'oxyde jaune. Sur 230 injections faites à 38 personnes à la policlinique et en ville, deux fois il y a eu un infiltrat notable, une fois des douleurs violentes. Jamais de stomatite et de troubles intestinaux.

Epstein a vu le salicylate mercurique introduit sous la peau ou dans le muscle provoquer quelques accidents sans importance, diarrhée, érythème polymorphe. Dans ce dernier cas, on ne peut incriminer l'acide salicylique qui entre dans le composé. Chez les tuberculeux, les injec-

tions doivent être rejetées. Le cas de Kaposi est une exception. Il y a des individus qui ne peuvent supporter même de faibles doses de mercure. Les cas malheureux que l'on a cités sont en trop petit nombre pour faire abandonner la méthode des injections. Le salicylate de mercure est un médicament qu'il faut employer dans la syphylis infantile; il est bien supporté et ne provoque que des effets locaux insignifiants.

Pour *Rosenthal,* le cas de Kaposi peut s'expliquer par ce fait que le mercure tenu en réserve a tout d'un coup été résorbé. L'examen des urines permettrait de se rendre compte si la résorption se fait d'une façon continue. Il n'a jamais vu d'accident avec l'oxyde jaune. Contrairement à Neisser, il préfère les injections intra-musculaires. Les sels insolubles lui paraissent aussi plus avantageux, car le mercure, sous cette forme, ne pénètre que peu à peu dans l'organisme.

Petersen, sur 1,300 cas traités avec le calomel, l'oxyde jaune et le salicylate de mercure, n'a eu que les accidents légers déjà signalés. Le salicylate en donne moins. Dans deux cas, il a observé une insomnie dans la nuit qui suivait la piqûre. Sur 6 à 7,000 piqûres, il n'a observé aucun cas grave d'intoxication. La tuberculose semble recevoir un coup de fouet par les injections. Les injections intra-musculaires sont préférables. Le calomel provoque des foyers de nécrose, l'oxyde jaune jamais. Les enfants supportent admirablement le salicylate de mercure. L'analyse des urines doit toujours être faite.

D'après *Neisser,* les injections sous-cutanées semblent préférables. Si elles ont donné des accidents, c'est parce que Lewin employait le sublimé pur. Les préparations actuelles ne provoquent plus ces noyaux de coagulation, et on évite sûrement l'injection dans les veines.

Quant aux abcès, les précautions antiseptiques en mettent à l'abri. Les sels solubles lui semblent préférables pour combattre les récidives fréquentes mais légères. Le mercure est vite éliminé.

Lesser dit que les préparations de sels insolubles ne sont pas plus dangereuses que les préparations de sels solubles ou que les frictions. Certains accidents observés au cours des injections ne peuvent encore aujourd'hui trouver leur explication. Pour quelles raisons un individu qui a reçu sans présenter aucun malaise quatre injections, a-t-il une stomatite intense à la cinquième? La stomatite n'a, dans l'espèce, aucune importance. Les accidents abdominaux sont plus sérieux. Les dangers signalés depuis l'emploi des injections sont peu nombreux et ne plaident nullement l'abandon de la méthode. Ils montrent seulement quelles précautions on doit prendre dans leur application. J. THIROLOIX.

Dei morbi sifilitici e venerei, par CAMPANA (*Broch.*, 2e *partie*, *Gênes*, 1888).

Cette seconde partie de l'ouvrage de Campana est consacrée presque entièrement à l'étude de la blennorragie. Dans le premier chapitre il étudie le gonococcus et les microbes qui l'accompagnent, puis l'urétrite aiguë et son traitement. A propos de l'urétrite chronique, il consacre des développements intéressants à l'urétroscopie : il recommande surtout l'endoscope de Antal. Toutes les complications de la blennorragie, cowpérite, prostatite, cystite, orchite, la blennorragie de la femme avec ses localisations sur les organes génitaux internes sont l'objet de descriptions détaillées. Des observations cliniques choisies

et démonstratives sont annexées comme exemple à chaque chapitre. L'ouvrage se termine par l'étude des dermites des organes génitaux, de l'ulcère simple contagieux, l'herpès, des éruptions phlycténopustuleuses ou impétigo. Les inflammations hypertrophiques des organes génitaux, les lymphangites et le bubon, les inflammations granulomateuses des organes génitaux, ulcérations tuberculeuses sont étudiées successivement ainsi que les balanoposthites mycosique et tricophytique. Campana termine cet excellent et utile ouvrage par la prophylaxie des maladies vénériennes, les visites sanitaires, les précautions à employer contre les principaux contages vénériens chez la femme et chez l'homme. F. BALZER.

Ueber die Bedeutung der Gonokokken für Diagnose und Therapie, par NEISSER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 601, 1er *juillet* 1889).

Le gonocoque représente indubitablement le virus blennorragique, puisqu'on le rencontre, d'une façon constante, dans toutes les manifestations de la blennorragie, vaginite, conjonctivite, rectite.

Les urétrites dérivant d'irritants mécaniques ou chimiques, de même que les formes produites par d'autres microorganismes (pseudogonocoques de Bockart) suivent une toute autre marche et n'ont pas grande importance pratique, vu leur rareté.

Les diplocoques signalés par Lustgarten et par Mannaberg dans l'urètre masculin normal ressemblent extérieurement aux gonocoques, mais s'en distinguent en ce qu'ils végètent sur les sols nourriciers ordinaires, tandis que les gonocoques ne croissent que sur le sérum sanguin.

Ce caractère différentiel peut être utilisé pour le diagnostic de la blennorragie aiguë, mais non pour celui de la blennorragie chronique, où les gonocoques sont très clairsemés.

Dans ce dernier cas, il faut, avant d'entreprendre les cultures d'épreuve, laver l'urètre avec une solution de sublimé qui tue les saprophytes occupant la superficie de la muqueuse, tandis qu'elle excite la pullulation des gonocoques.

Le nombre des gonocoques ne correspond pas toujours à l'intensité de la suppuration, parce que celle-ci est la réaction de la muqueuse contre les gonocoques, réaction qui n'est pas partout la même.

Contrairement à Finger, Neisser est partisan du traitement le plus précoce possible de la blennorragie; on empêche ainsi les gonocoques de s'enfoncer dans la profondeur de l'épithélium. De plus, c'est dans son stade suraigu que la blennorragie est toujours le plus facile à guérir.

J. B.

Ein Beitrag zur Nachweise der Gonococcen (Recherches des agonocoques), par Jos. SCHUTZ (*Münchener med. Woch.*, 2 *avril* 1889).

Schutz reproche aux procédés de Neisser et d'Eschbaum de colorer les noyaux d'une façon presque aussi intense que les gonocoques et de gêner la recherche de ces derniers, surtout lorsqu'ils sont peu nombreux.

La lamelle séchée et passée à la flamme est plongée 5 à 10 minutes dans une solution froide saturée et filtrée de bleu de méthylène dans de l'eau phéniquée à cinq pour cent; on lave à l'eau et on plonge un instant, le temps de compter jusqu'à 3, dans une solution d'acide acétique

(5 gouttes d'acide acétique dans 20 cent. cubes d'eau distillée) et on lave immédiatement ensuite dans l'eau.

Les gonocoques seuls sont colorés ; on colore ensuite très légèrement avec une solution aqueuse très étendue de safranine. On juge que la coloration est suffisante dès que la lamelle lavée se montre teintée.

P. TISSIER.

I. — Présence du gonococcus de Neisser dans un écoulement urétral survenu sans rapports sexuels, par STRAUS (*Archiv. de médecine expérimentale*, 1er *mars* 1889).

II. — Les microbes des écoulements de l'urètre, par ROSAIS (*Union médic.*, 2 *mai* 1889).

I et II. — D'après Straus, une blennorragie ayant tous les caractères cliniques et *bactériologiques* de la maladie se serait développée, en dehors de tout rapport sexuel, chez un garçon qui affirme n'avoir jamais eu encore de semblables rapports. Si les renseignements donnés par le malade ne sont pas mensongers, ce fait prouverait que le gonococcus de Neisser peut exister comme simple saprophyte dans le canal de l'urètre sain, et qu'il peut, dans ces conditions, sous l'influence d'irritations banales, envahir l'épithélium et provoquer le catarrhe caractéristique.

A. GILBERT.

Gonorrhœal infection of the mouth (Blennorrhagie buccale), par CUTLER (*N.-York med. Journ.*, *p.* 521, 10 *novembre* 1888).

Une femme de 21 ans, à la suite d'un coït *ab ore*, éprouve dès le lendemain une sécheresse particulière de la bouche avec une saveur désagréable; le 3e jour, la langue et les gencives sont tuméfiées; la 5e jour, impossibilité de manger, écoulement d'un liquide sanguinolent, fétide. On constate alors sur les lèvres des vésicules et des ulcérations succédant au détachement de fausses membranes. Toutes les parties sont rouges et gonflées, secrétant du sang fétide; l'haleine est infecte; la salivation est modérée.

Les fausses membranes contiennent des microbes qui *ressemblent* au gonococcus. Chez l'individu qui a causé la stomatite, l'infection blennorragique n'est pas douteuse.

Glycérine, sous-nitrate de bismuth, chlorate de potasse ; la malade part avant guérison complète.

L. GALLIARD.

Some suggestions in regard to treating gonorrhea, par RICE (*New-York med. Record*, *p.* 65, 20 *juillet* 1889).

La blennorragie est une maladie à microbe qu'il faut traiter par les antiseptiques.

Le meilleur pour l'auteur est l'acide borique dissous dans la glycérine.

On introduit dans l'urètre une sonde graissée avec de l'huile phéniquée à 5 0/0. Puis on passe la solution de glycérine boriquée avec une seringue. On maintient le liquide dans l'urètre pendant 10 à 15 minutes.

Faire une injection par jour pendant trois jours, puis une tous les deux jours.

Cinq à six injections suffisent dans les cas aigus. Dans les cas chroniques il faut alterner avec une solution astringente. L'auteur a eu les meilleurs résultats.

P. DUFLOCQ.

De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorragique et du traitement de cette affection par la teinture d'anémone pulsatile, par R. DORMAND (*Thèse de Paris*, 1888).

Cette thèse est presque exclusivement consacrée à l'étude de l'influence de l'anémone pulsatile sur l'orchi-épididymite blennorragique. Les observations, la plupart inédites, sont au nombre de 42.

La teinture d'anémone à la dose de XXX gouttes dans les 24 heures, amène une diminution rapide et bientôt après la disparition de la douleur. Elle agit principalement sur l'élément douleur; la résolution, surtout quand il y a funiculite, ne se produit guère plus vite qu'avec un traitement purement local. Un point important à noter c'est que, quand on emploie la teinture d'anémone, le repos du malade n'est pas nécessaire.

CHOUPPE.

Étiologie des adénites suppurées consécutives au chancre mou, par PUECH (*Montpellier méd.*, *mai* 1889).

Pour l'auteur, l'adénite est, dans l'immense majorité des cas, une adénite simple, reconnaissant pour cause une irritation de la plaie chancreuse.

Le bubon chancreux qui coexiste avec le chancre mou, n'est, dans le plus grand nombre de cas, que le résultat de la transformation d'un bubon primitivement inflammatoire en bubon chancreux, par suite d'une contamination extérieure. Le rôle attribué par Ricord aux lymphatiques dans l'étiologie du bubon chancreux doit être de plus en plus restreint.

Le pansement antiseptique, qui permet d'isoler le bubon et de le protéger contre la contamination extérieure, devra donc être rigoureusement appliqué après l'ouverture d'une adénite suppurée consécutive au chancre mou, et l'on ne verra, dans ces cas, se développer d'adénite chancreuse que très rarement. A. MOSSÉ.

Le chancre mou et son traitement, par MONTILLIER (*Thèse de Paris*, 1889).

La solution aqueuse d'acide phénique à 1/10 employée dans le service de Du Castel, donne des résultats très favorables pour le traitement du chancre mou. Ces résultats sont supérieurs à ceux que donnent les attouchements avec une solution d'acide phénique dans l'alcool qui a l'inconvénient de trop diffuser. L'acide phénique au dixième est préféré par l'auteur à la solution aqueuse de chlorure de zinc à parties égales, qui a été très vantée dans ces derniers temps. F. BALZER.

ALCOOLISME ET PSYCHIATRIE.

I. — On a connection between... (Rapports réciproques de l'épilepsie et des anomalies de la réfraction oculaire), par J. WIGLESWORTH et H. BICKERTON (*Brain, p.* 468, *janvier* 1889).

II. — Case of epilepsy... (Epilepsie avec périodes d'automatisme inconscient), par Geo. SAVAGE (*Ibidem, p.* 494).

III. — De l'épilepsie procursive, par MAIRET (*Revue de médec., p.* 147, 10 *février* 1889).

IV. — Sur la plus grande rapidité d'élimination de certains médicaments par les urines à la suite de l'accès d'épilepsie, par FÉRÉ (*C. R. Soc. biol.*, 24 *novembre* 1888).

I. — Wiglesworth, examinant l'état de la vision des épileptiques, a été frappé de la fréquence extrême des troubles de la réfraction chez eux. Dans une première série de recherches (Brain, avril 1884) sur 48 épileptiques aliénés, il en trouvait 20 dont la vision était défectueuse, 12 hypermétropes, 2 atteints d'astigmatisme hypermétropique, 2 myopes, 4 atteints de myopie avec astigmatisme.

Les recherches actuelles portent :

1° Sur 103 épileptiques aliénés, pris au hasard, et traités à l'asile de Rainhill.

2° Sur 9 cas d'épilepsie simple provenant de la clientèle urbaine.

Ces cas se décomposent ainsi :

55 emmétropes ; 18 hypermétropes ; 17 hypermétropes astigmates ; 3 myopes ; 7 myopes astigmates.

Tous ces épileptiques avaient des troubles mentaux graves, allant de l'imbécillité à la démence.

L'auteur se demande si cette proportion de malformation oculaire vraiment excessive, est une cause ou une conséquence de l'épilepsie. Il est tenté de croire que dans certains cas au moins l'habitude de voir les objets d'une façon imparfaite peut réagir sur le fonctionnement cérébral et devenir le point de départ de crises épileptiques. Ce qui le ferait supposer, c'est que certains de ces épileptiques ont été très améliorés une fois que, par des verres appropriés, on eut corrigé leurs anomalies de réfraction. Suivent 9 observations. H. R.

II. — Savage rapporte le fait d'un épileptique enfermé à l'asile de Bethlem pour des actes incohérents, et qui présentait les phénomènes suivants :

Pendant quelques semaines, il avait de vrais accès de grand et de petit mal. Sous l'influence du bromure, les crises se calmaient.

Un jour, l'auteur le rencontre et se met à causer avec lui ; il lui parle de sa maladie avec une certaine émotion, puis bruyamment s'arrête, fixe un objet imaginaire et a un accès convulsif d'une minute. Puis, sans hésitation, il se promène dans la salle, écarte les meubles, ouvre la fenêtre, repasse devant le médecin sans le voir, bien que celui-ci l'arrête, et finalement

reprend la conversation au point où il l'avait laissée, sans se douter de ce qui s'était passé pendant la période de somnambulisme.

Ce fait confirme la manière de voir de Jackson, qui considère l'automatisme comme le stade post-épileptique de la crise. H. R.

III. — Leçon faite à l'occasion de la mort d'un épileptique qui avait présenté pendant sa vie des attaques intéressantes à étudier dans leur modalité.

Il avait deux espèces d'attaques. Les *petites* étaient constituées de la manière suivante : Il tournait la tête d'un côté, se mettait à rire en faisant un bruit tout particulier avec ses lèvres, levait les bras en l'air et gesticulait, puis, au bout de quelques secondes, tout cessait et le malade revenait à lui, ne conservant qu'un peu d'égarement pendant lequel il se montrait gai et répétait constamment qu'il voulait aller avec son père.

Les *grandes attaques* n'étaient précédées d'aucun cri. Le malade se mettait à rire, faisant avec ses lèvres le même bruit que lors des petites attaques, mais le bruit était plus fort et tout en n'émettant que de simples sons, on aurait dit qu'il se disputait avec quelqu'un. En même temps il remuait les jambes et gesticulait. S'il portait à ce moment quelques objets dans les mains, il les entrechoquait violemment, et un jour il brisa ainsi plusieurs vases. Puis tout à coup, continuant toujours à rire, il se lançait en avant et se mettait à courir pendant vingt ou trente mètres et alors brusquement il tombait sur la face, se débattait, se roulait sur lui-même et enfin il se produisait une violente attaque d'épilepsie avec ses trois phases ordinaires. Au réveil il arrangeait son pantalon, cherchait autour de lui, allait, venait et restait assez longtemps égaré, surtout lorsque plusieurs attaques se succédaient à des intervalles rapprochés. A l'autopsie on constata de la congestion de tous les vaisseaux du cerveau et une inflammation chronique des méninges, et, d'autre part, une atrophie scléreuse de la face interne du lobe occipital gauche et de la partie supéro-interne de l'hémisphère droit du cervelet.

Ce cas est à ajouter à ceux publiés par Bourneville et Bricon sous le nom d'épilepsie procursive. C. GIRAUDEAU.

IV. — L'iodure de potassium et le salicylate de soude, essayés dans ces recherches, se sont éliminés plus rapidement après qu'avant l'accès. Il existe peut-être à la suite de l'accès une paralysie vaso-motrice par épuisement, analogue par ses effets à celle que Vulpian a vue à la suite de la section des splanchniques. PAUL LOYE.

La pression artérielle dans les paroxysmes épileptiques et dans la colère, par Ch. FÉRÉ (*C. R. Soc. Biologie*, 25 *mai* 1889).

Sous l'influence de la colère, la pression artérielle peut augmenter de plus d'un quart. D'autre part, l'augmentation de pression est une des conditions physiologiques de la production des paroxysmes épileptiques. On comprend ainsi comment les efforts violents et les émotions vives peuvent jouer un rôle comme cause déterminante des accès. Les moyens qui permettent d'abaisser la pression sans perte de sang méritent d'être tentés lorsqu'on peut prévoir une décharge. PAUL LOYE.

Circonférence thoracique et capacité vitale chez les épileptiques, par Ch. FÉRÉ et PERRUCHET (*C. R. Soc. Biologie*, 18 *mai* 1889).

La circonférence thoracique des épileptiques ne paraît pas au-dessous de la moyenne par rapport à la taille. Au contraire, la capacité dite vitale du poumon, mesurée avec le spiromètre, est très inférieure aux chiffres donnés comme normaux par Hutchinson. Les épileptiques sont donc plus défectueux au point de vue physiologique qu'au point de vue anatomique. Les muscles thoraciques paraissent affaiblis, chez eux, comme les muscles des membres. PAUL LOYE.

De l'influence des maladies infectieuses sur le développement de l'épilepsie, par L. VEYSSET (*Thèse de Paris*, *n°* 243, 1889).

Après un historique des principales théories sur la nature et la pathogénie de l'épilepsie, l'auteur se prononçant nettement contre l'existence d'une épilepsie idiopathique, déclare n'admettre que des épilepsies symptomatiques. Il pense que toujours ou presque toujours, cette affection est consécutive à une maladie infectieuse agissant soit par la présence du microbe, soit par les lésions qu'a déterminées celui-ci, soit par les substances toxiques qu'il fabrique, ou même par l'accumulation dans le sang de matières extractives formées en grande quantité chez un malade dont la nutrition est déviée. Ce travail contient 60 observations personnelles dans lesquelles on voit l'épilepsie survenir après des infections diverses. PIERRE MARIE.

Ueber einen operirten Fall von traumatischer Epilepsie (Épilepsie traumatique opérée), par SALZER (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 *janvier* 1889).

Un sujet de 23 ans a été blessé à la tête, il y a 5 ans, par une pierre, en avant de la bosse pariétale gauche. Ce traumatisme a été suivi d'un abcès. Après quelques convulsions des membres du côté droit, il a eu pour résultat de véritables attaques épileptiques. Au mois de mai 1888, on a placé sur le crâne 3 couronnes de trépan, sans résultat.

En décembre 1888, le sujet vient dans le service de Billroth : aura, convulsions de la bouche, puis du membre supérieur droit, puis des autres membres avec rotation de la tête à droite.

L'auteur détermine le centre cortical de la face (car le facial inférieur est le premier intéressé dans les accès), trépane au niveau de l'ancienne blessure, incise la dure-mère et trouve, au milieu de la cicatrice primitive, une saillie d'où s'écoule de la sérosité. C'est donc un kyste siégeant dans l'écorce et consécutif à un hématome, en arrière du centre facial ; le kyste est extirpé. Les jours suivants, parésie des membres du côté droit ; deux fois surviennent des attaques convulsives ; mais depuis un mois les accidents ont disparu.

L. GALLIARD.

Alcoolisme ; crises épileptiformes ; coma ; aphasie complète, avec légère hémiplégie droite ; trépanation ; guérison, par LÉPINE (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 6 *août* 1889).

Homme de 29 ans, alcoolique et épileptique depuis 5 ans. A la suite d'une chute, coma sans trace de traumatisme sur la tête ; deux jours plus tard, disparition du coma, mais aphasie complète ; légère parésie du facial et des membres à droite ; les jours suivants, plusieurs crises d'épilepsie jaksonienne. Trépanation dix jours après ; l'incision de la dure-mère donne issue à 25

grammes d'un liquide de couleur rouge-brunâtre. Dès le lendemain diminution de l'hémiplégie qui disparaît rapidement en même temps que l'aphasie.

OZENNE.

Ricerche termo-elettriche sulla corteccia cerebrale in relazione con gli stati emotivi, par E. TANZI (*Riv. sper. di freniat. e di med. legal., vol. XIV, fasc.* 3-4).

Tanzi passe en revue les recherches qui ont été faites sur la température du cerveau dans ses rapports avec les différents états psychiques du sujet, et relate les expériences personnelles qu'il a faites dans le même but. Il conclut de ses recherches que les différentes excitations, lorsqu'elles sont capables de réveiller les sentiments affectifs ou les émotions vives, produisent dans la substance corticale des animaux certaines modifications de la thermogénèse qui revêtent un caractère oscillatoire. Les oscillations de la température peuvent être assez considérables, mais ne dépendent ni du rythme respiratoire, ni du rythme artériel, et semblent au contraire en rapport avec un rythme plus ou moins irrégulier, qui se manifeste par la succession des phénomènes de désintégration bio-chimique et des phénomènes de réintégration. Ce rythme se répète sur un point isolé de la substance corticale, ou bien se diffuse rapidement d'un groupe moléculaire aux groupes voisins. DESCOURTIS.

J.-J. Rousseau's Krankheitsgeschichte (Histoire de la maladie de J.-J. Rousseau), par P.-J. MÖBIUS (*Gr. in-8°, p.* 191, *Leipzig,* 1889).

Möbius montre que Rousseau fut atteint d'un délire des persécutions des mieux caractérisés, et que d'ailleurs, dès son enfance, il avait présenté des tares névropathiques évidentes (déviation de l'instinct sexuel, influences héréditaires). Il s'agirait ici de la forme d'aliénation désignée par Kræpelin du nom de *délire des persécutions combinateur*. Ce travail est conçu dans la forme d'une observation clinique ordinaire, avec discussion sur la nature et les causes des phénomènes morbides. On y trouvera, en outre, une accumulation de documents historiques fort intéressants sur la vie de Rousseau. PIERRE MARIE.

Hallucinations, and the subjective sensations of the sane (Des hallucinations et des sensations subjectives à l'état de santé), par D. HACK TUKE (*Brain, p.* 441, *janv.* 1889).

Voici les conclusions du mémoire de Tuke :

1. La pression latérale sur le globe de l'œil ne double jamais la vision d'un objet, si celui-ci est réellement extérieur à l'œil. Par suite, on peut reconnaître par ce moyen si la vision est réelle ou si c'est une hallucination, l'objet ne se doublant pas s'il est purement de création psychique.

L'image persistante d'un objet lumineux, qui a son siège dans la rétine, recouvre et obscurcit des images réelles, se meut avec le globe de l'œil et se réfléchit nettement au dehors quand l'observateur regarde un point obscur.

3. Si les hallucinations visuelles présentent le même phénomène que ces images persistantes lumineuses, on peut les considérer comme ayant leur siège sur la rétine.

4. Si, au contraire, ces phénomènes ne se rencontrent pas, les hallucinations visuelles n'ont pas leur siège dans la rétine, mais dans les centres nerveux corticaux, et peut-être même dans le sensorium ; enfin peut-on les observer quand les nerfs optiques sont atrophiés.

5. La découverte des centres corticaux sensoriels éclaire la pathogénie de certaines hallucinations dont l'origine semble n'être pas périphérique, mais dépendre de centres corticaux plus élevés. H. R.

Séméiologie et pathogénie des idées de négation, par J. SÉGLAS (*Ann. méd. psych., juillet* 1889).

Le délire des négations, décrit par Cotard, consiste dans le fait que les aliénés prétendent n'avoir pas de nom, pas d'âge, pas de famille, pas de sentiments, pas d'organes : ils nient tout, l'existence du monde extérieur et souvent même la leur propre.

Pour Séglas, l'idée de négation est toujours une idée secondaire, ayant son origine dans des modifications de la personnalité. — En ce qui concerne les délirants mélancoliques, cette origine secondaire des idées de négation est importante à connaître, car elle sépare ces délires de ceux où prédomine l'idée de la persécution vraie. Cette dernière idée, en effet, n'est plus consécutive à des transformations de la personnalité, mais elle est en général primitive : elle naît, comme on dit, du fond de l'inconscient. Les troubles sensoriels qui peuvent l'accompagner ne jouent là qu'un rôle tout à fait secondaire de cause occasionnelle. Quant aux troubles de la sensibilité générale qui existent chez ces malades, ils n'entament pas la personnalité et n'en déterminent pas, comme dans l'autre cas, la transformation.

Ainsi, d'après Séglas, les idées de négation sont nettement secondaires et dépendent d'altérations de la personnalité survenant sous le coup de modifications de sa base organique et de la sphère affective et motrice de la vie psychique. Et telle est leur origine, non seulement dans tous les cas de délire mélancolique où elles se présentent avec des caractères systématiques, mais encore dans les maladies où elles ne sont pas systématisées, comme dans la paralysie générale et la démence sénile. DESCOURTIS.

Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale, par J. CHRISTIAN (*Arch. de neurol., juillet et septembre* 1889).

On invoque le plus souvent des causes morales pour expliquer l'éclosion de la folie, mais on se préoccupe peu d'autres causes bien plus importantes, selon Christian, telles que les traumatismes du crâne. C'est pourquoi l'auteur étudie cette influence, aussi bien pour la production immédiate des phénomènes cérébraux que pour leur production éloignée.

Tout d'abord, il y a des lésions chirurgicales variables, puis un ébranlement du cerveau, une commotion, qui se traduit par des symptômes immédiats que l'on peut considérer comme les phénomènes nerveux primaires ou primitifs des traumatismes du crâne. Ces symptômes primaires sont d'observation vulgaire. Ils portent sur la sensibilité, la motilité et l'intelligence et peuvent se continuer de mille manières. Parmi eux, l'un des plus intéressants est l'amnésie trauma-

tique dont Christian rapporte un certain nombre d'exemples. — Les accidents secondaires sont d'une autre nature. Ils ont leur point de départ dans la réaction inflammatoire excitée par les lésions produites au sein des centres nerveux par la violence extérieure ; ils n'apparaissent guère avant le second ou le troisième jour, et se manifestent sous forme de méningite, d'encéphalite, d'abcès cérébraux etc. — Enfin les accidents tertiaires sont ceux qui surviennent, après un temps fort long, chez les individus qui ont eu, à un moment donné, les accidents primitifs ou secondaires en question, et qui en ont paru définitivement guéris. Ces accidents tertiaires, qui se manifestent principalement sous la forme de troubles cérébraux chroniques, appartiennent, d'après Christian, à la même série pathologique que les autres, et c'est ce qu'il essaye de démontrer.

Tout d'abord, il faut reconnaître que la guérison des accidents primaires et secondaires peut être définitive, et telle qu'aucun trouble cérébral, imputable au traumatisme, ne se manifeste plus jusqu'à la fin de l'existence. Mais il est également démontré qu'il n'y a jamais de sécurité complète : qu'après un temps, souvent fort long, des accidents formidables éclatent, qui emportent le blessé qu'on croyait hors d'affaire. En effet, il faut admettre que chaque fois qu'il y a traumatisme du crâne, que les enveloppes du cerveau aient été lésées ou qu'elles soient restées intactes, le tissu cérébral subit dans sa structure intime une modification profonde, indélébile. Il y a, pour le prouver, des signes tirés de l'anatomie et de la clinique. Les preuves anatomiques consistent en lésions trouvées à l'autopsie (adhérence de la dure-mère au crâne, pachyméningite), en lésions externes, visibles pendant la vie et d'ordre banal. Les preuves cliniques consistent en troubles des facultés intellectuelles (arrêt de développement, abolition, perversion, etc.), en troubles pathologiques permanents portant sur la sensibilité ou la motricité et se traduisant quelquefois par des accès d'épilepsie.

Sur cent observations recueillies par Christian, il a trouvé que la chute d'un lieu élevé avait déterminé le plus d'accidents cérébraux, puis venait la chute de cheval et enfin les instruments contondants. Les instruments tranchants et les coups de feu auraient beaucoup moins d'influence, comme accidents ultérieurs. La paralysie générale est, de toutes les maladies ainsi provoquées, la plus fréquente; la folie vient en second lieu, la démence en troisième et l'épilepsie en quatrième. — Le maximum de fréquence de ces maladies a lieu dans l'âge adulte. — Quant à croire, avec certains auteurs, qu'il existe une forme spéciale de folie qui mériterait le nom de folie traumatique, Christian ne le veut pas.

Comme il n'existe pas un ensemble de symptômes propres à la folie due au traumatisme, il est clair que le diagnostic ne peut se baser que sur les antécédents du malade et sur le mode d'évolution de la maladie. — Le pronostic, et tous les auteurs sont d'accord sur ce point, est toujours grave. — Quant au traitement, il sera appliqué par le chirurgien dans la période primaire et secondaire. Plus tard, l'individu sera un cérébral, suivant l'expression de Lasègue, il gardera une tare indélébile du cerveau, mais on ne pourra que lui conseiller une sage hygiène physique et morale. — La médecine légale sera plus délicate, mais

quelle que soit l'apparente insignifiance des accidents du début, l'expert devra toujours montrer la plus grande réserve pour l'avenir.

DESCOURTIS.

La folie chez les cardiaques, par V. PARANT (*Ann. méd. psych., n° de mai* 1889).

Y a-t-il une folie cardiaque? Voici comment V. Parant répond à cette question. — Les maladies du cœur modifient souvent l'état d'esprit de ceux qui en sont atteints; elles les rendent chagrins, moroses, égoïstes, et les portent à l'hypochondrie. Lorsqu'elles surviennent chez des aliénés, elles peuvent modifier les allures et l'aspect de leur folie; dans quelques cas elles les portent à l'excitabilité; dans le plus grand nombre des cas, elles les font tomber dans la lypémanie; presque toujours elles hâtent chez eux les progrès de la démence. — Dans quelques cas, elles semblent même favoriser l'explosion d'une folie, qui, elle aussi, est surtout marquée par la lypémanie ou la tendance à la démence. Mais, en dehors des considérations étiologiques, la folie ainsi produite ne présente pas des caractères assez bien déterminés, ne constitue pas un type morbide assez distinct, pour que l'on puisse dire qu'il y ait réellement une folie cordiaque. DESCOURTIS.

La pellagre chez les aliénés, par H. BONNET (*Ann. méd. psych., n° de mai* 1889).

D'après H. Bonnet, l'affection cutanée qu'on a observée chez les aliénés, et qu'on a attribuée à la vraie pellagre n'est pas de la pellagre. — Il juge que ce serait une très grande erreur clinique, parce qu'on remarque des phénomènes plus spécieux que réels, de les faire dériver de l'aliénation. Il n'y aurait, dans ces phénomènes généraux assimilés à la pellagre, qu'une coïncidence due à de mauvaises conditions hygiéniques et physiologiques, dans lesquelles se placent d'eux-mêmes les malades, ainsi que dans le tabétisme dû à la forme vésanique qu'ils occupent dans le cadre nosologique. Ces malades n'ont pas, comme les pellagreux vrais, conscience du dermatologisme plus ou moins passager dont ils sont atteints, vivent comme les autres, et ne succombent pas selon les modes spéciaux de la pellagre. DESCOURTIS.

Untersuchungen über 453 nach Meynert's Methode getheilte und gewogene Gehirne von Geisteskranken Ostpreussen (Recherches sur 453 cerveaux divisés et pesés suivant la méthode de Meynert et provenant de déments de la Prusse occidentale), par JENSEN (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Band XX, Heft* 1. *p.* 170).

Dans le mode de division et de pesage des cerveaux, l'auteur a adopté le procédé de Meynert, légèrement modifié. D'abord l'encéphale était pesé en masse, tel qu'il avait été extrait du crâne. Puis on pesait séparément le manteau, le cervelet et le tronc avec leurs enveloppes, qui sont le plus souvent si difficiles à détacher du cerveau, chez les déments. Le tronc comprenait les deux insulas, les deux corps striés et les couches optiques, les tubercules quadrijumeaux et le bulbe jusqu'à l'entrecroisement des pyramides, etc.

Puis le manteau était à son tour divisé en deux parties, comprennant, l'une les lobes fronto-pariétaux, l'autre les lobes occipitaux, et c'est alors seulement qu'on essayait de détacher les méninges, pour les peser après dessiccation entre deux feuillets de papier de soie. On pouvait ainsi déterminer le poids des liquides qui s'en étaient écoulés.

Chez les paralytiques généraux, le poids du cerveau était, d'une façon constante, en déficit d'une vingtaine de grammes. En comparant entre eux les résultats obtenus à différents âges de la maladie, l'auteur arrive à conclure que l'atrophie du cerveau débutait par le lobe frontal, pour envahir ensuite les autres portions du manteau, et même, dans une mesure très prononcée, le tronc.

Chez les mélancoliques, l'auteur a également constaté l'existence d'une atrophie du manteau, mais qui ne portait pas sur le lobe frontal.

L'auteur passe successivement en revue les résultats obtenus dans des cas de manie, de catatonie et d'hébéphrénie, de folie commune (paranoïa) et autres formes de psychoses. Il est impossible de dégager des conclusions précises de cette partie de son travail, qui comprend un dédale inextricable de chiffres. E. RICKLIN.

Zur Kenntniss des Delirium acutum (Contribution à l'étude du délire aigu. — Deux cas de dégénérescence cireuse des muscles du squelette), par BUCHHOLTZ (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XX, Heft* 3, *p.* 788, 1889).

Les altérations musculaires décrites par Zenker, sous le nom de dégénérescence cireuse, n'ont été constatées jusqu'ici que dans un petit nombre de cas d'affections des centres nerveux, entre autres par Fürstner, dans 3 cas de délire aigu. Buchholtz publie deux nouvelles observations qui se rapportent à cette même catégorie de faits. Les sujets de ces observations, deux femmes, sont mortes après 2 et 3 semaines de maladie, et après avoir été en proie à la folie hallucinatoire, avec grande agitation motrice. L'une des malades avait présenté une fièvre modérée (pneumonie), l'autre une fièvre légère. Toutes deux avaient eu de l'albuminurie.

Dans les deux cas, l'autopsie a révélé la présence d'embolies graisseuses dans les poumons; pas d'altérations caractéristiques appréciables dans les centre nerveux. Par contre, sur des préparations provenant de différents muscles du squelette, on pouvait constater les traces de la dégénérescence cireuse parvenue à des stades variés. Les nerfs périphériques présentaient une structure parfaitement normale.

Chez l'un des sujets, les reins étaient en état de tuméfaction trouble; dans l'autre cas, les reins étaient absolument sains. E. RICKLIN.

Ueber die Geistesstörungen des Senium (Sur les troubles intellectuels de l'âge sénile, par FÜRSTNER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XX, Heft* 2, *p.* 458, 1889).

Sur un total de 178 cas de psychoses, survenus chez des sujets qui avaient dépassé la cinquantaine, Fürstner en a compté 67 qui pouvaient être considérés comme des exemples de psychoses séniles. Outre ces 178 cas, tirés de la pratique nosocomiale, Fürstner en a utilisé 28 autres,

tirés de sa clientèle privée, pour ébaucher cette étude des psychoses séniles.

Celles-ci peuvent être classées en trois groupes :

1 Les psychoses purement fonctionnelles modifiées par certains caractères dérivant de la sénilité;

2° Ces mêmes formes associées à un défaut intellectuel;

3° Les psychoses caractérisées par des symptômes somatiques, cérébraux.

Eu égard à l'expression de la psychose, les faits réunis par l'auteur se répartissent ainsi :

Mélancolie simple, 33 cas; mélancolie avec agitation, 18 cas; mélancolie avec stupidité, 3 cas; manie, 9 cas; folie commune (*Verworrenheit*) 11 cas; folie à forme plus ou moins abortive, 7 cas; démence sénile proprement dite, 5 cas; état de démence en rapport avec les lésions organiques de l'encéphale, 9 cas. La paralysie générale ne se développe plus passé 60 ans. L'auteur s'est attaché à caractériser les modifications qu'imprime la sénilité à ces diverses formes de psychoses. Relativement à leur pronostic, il mentionne que la guérison est survenue dans 11 cas de mélancolie simple, et dans 5 cas de mélancolie compliquée d'agitation. Dans les 3 cas de mélancolie stupide, la psychose a persisté *in situ*. Des 9 maniaques, 3 ont été guéris de leur agitation, 2 ont été améliorés; chez tous, il existait depuis l'origine, un état de faiblesse intellectuelle qui a persisté. Dans 3 cas de folie, on a obtenu la cessation des hallucinations (de l'ouïe) et des idées de persécution. Enfin, 3 des 9 malades de la dernière catégorie ont pu être maintenus en observation jusqu'à leur décès; chez l'un on a trouvé un foyer d'apoplexie, chez les deux autres, les traces d'une pachyméningite hémorragique étendue. En somme, ces données montrent que le pronostic des psychoses qui se développent à l'âge sénile n'est pas aussi fâcheux qu'on a coutume de le prétendre.

Au point de vue thérapeutique, l'auteur recommande l'emploi de la digitale, par prises répétées de 3 centigrammes, l'opium, aux mêmes doses, les analeptiques. E. RICKLIN.

Klinische Beiträge zur Kenntniss der generellen Gedächtnisschwäche (Contributions cliniques à l'étude de l'affaiblissement primitif de la mémoire), par S. FREUND (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank., Band XX, Heft* 2, *p.* 441).

Freund publie deux observations de psychoses qui présentent ce caractère particulier, que les troubles de la mémoire tenaient une place prépondérante dans le tableau clinique. Ces deux observations confirment la « loi de régression » établie depuis longtemps par les psychiatres français, et suivant laquelle, dans des cas de troubles de la mémoire, « le nouveau meurt avant l'ancien » (Ribot). En effet chez les deux malades, le souvenir du passé était d'autant plus effacé qu'il se rapportait à des événements plus récents.

La seconde malade était, en outre, atteinte d'agraphie amnésique, qui était simplement une conséquence de l'affaiblissement considérable de la mémoire; il n'y avait pas de trace d'alexie. L'auteur propose de dénommer l'agraphie constatée chez sa malade, agraphie amnésique optique, pour exprimer qu'elle n'était pas, comme dans le cas d'agraphie publié par Grashey, en rapport avec l'aphasie amnésique, qu'il s'agissait d'un cas d'agraphie amnésique *isolé*. E. RICKLIN.

I. — Acute mania and melancholia or hypochondriasis as sequelæ of gynecological operations, par Gaillard THOMAS (*New-York med. Record*, *p.* 44, 20 *août* 1889).

II. — Le operazioni chirurgiche come causa di pazzia, par Raffaello GUCCI (*Riv. sperim. di freniatria*, *XV*, *p.* 50, 1889).

III. — Aortic aneurism and insanity, par Julius MICKLE (*Brain*, *p.* 117, *juillet* 1889).

IV. — Satyriasis caused by varicocele, par G. WELCH (*New-York med. Record*, *p.* 181, 17 *août* 1889).

V. — Heilung einer Manie unter dem Einflusse einer Rachendiphtheria (Manie guérie sous l'influence d'une diphtérie pharyngée, par E. SCHÜTZE (*Arch. f. Psych. und Nervenkr.*, *Band XX*, *Heft* 1, *p.* 230).

VI. — Ueber psychische Infection, par R. WOLLENBERG (*Ibidem*, *Band XX*, *Heft* 1, *p.* 58).

I. — Thomas donne 6 cas de manie avec excitation ou dépression après des opérations gynécologiques.

1° Ablation d'une tumeur de l'ovaire. Guérison rapide; le 8e jour incohérence de langage. Pouls faible, 120. Mort le lendemain dans le coma.

2° Extirpation des ovaires pour douleurs pendant les règles; 3 semaines après, début d'une mélancolie qui la fait enfermer pendant 5 mois.

3° Chez une juive, restauration du périnée. Violente manie le 9e jour, camisole de force; mort 4 jours après dans le coma.

4° Suture d'un col déchiré; 9 jours après s'accuse d'un crime imaginaire. Mort 10 jours plus tard dans le coma.

5° Ablation d'un sein; manie aiguë, refus de manger. Durée, 2 semaines, puis mort dans le coma. Albumine dans l'urine.

6° Même opération; manie le 9e jour. Lucidité pendant quelques heures, puis retombe et reste folle.

Dans la discussion, Hunter, Nichols, Mundé citent des cas semblables. Gyll Vylie proteste que la manie n'est pas plus fréquente à la suite d'opérations gynécologiques que dans les autres interventions.

Thomas repousse les idées émises qu'il s'agissait d'empoisonnement par l'iodoforme ou l'éther. Il nie la néphrite qui, en l'absence d'autopsie, paraît avec l'hystérie grave devoir être mise au premier rang; peut-être faut-il faire une place à l'alcoolisme. P. DUFLOCQ.

II. — Après avoir rappelé les différents travaux publiés sur cette question, Gucci donne la relation de 4 cas (3 opérations sur l'ovaire, 1 énucléation de l'œil) dans lesquelles des troubles mentaux bien caractérisés se montrèrent après l'opération; il pense que les prédispositions névropathiques individuelles jouent un grand rôle dans les faits de ce genre.

P. MARIE.

III. — Mickle attire l'attention sur les troubles psychiques associés aux anévrismes de l'aorte. Il peut y avoir simple coïncidence, mais il y a fréquemment relation causale, grâce aux désordres de la circulation générale et celle de la tête en particulier.

Les symptômes mentaux observés en pareil cas sont caractérisés par des illusions extraordinaires, des hallucinations, des idées de persécution et de l'hypochondrie. Des troubles psychiques de même ordre se voient également en cas d'anévrismes abdominaux. L'auteur publie onze

faits de ce genre, 8 concernant des anévrismes thoraciques, 3 des anévrismes abdominaux. H. R.

IV. — Un homme jeune et vigoureux se plaint de satyriasis; il vit isolé et craint, à la vue d'une femme, de commettre un viol; il a remarqué de plus qu'il a un testicule gauche qui est très gros depuis le début de son état moral; il existe un énorme varicocèle dont l'auteur fit la ligature. Guérison, disparition du satyriasis. P. DUFLOCQ.

V. — Dans le cours d'une manie, qui datait depuis sept mois et qui avait nécessité l'internement dans un asile, une jeune fille de 27 ans fut affectée d'une pharyngite diphtéritique avec fièvre intense. Dès que celle-ci fut tombée, la malade redevint calme, reprit possession de ses esprits; bref, elle fut guérie de sa psychose. Entre temps, on constatait le développement d'une paralysie du voile du palais et d'une paralysie de l'accommodation qui se dissipèrent en l'espace de trois mois environ. La guérison de la manie s'est maintenue.

Schutze rappelle incidemment que déjà Fodéré avait proclamé l'utilité qu'il pouvait y avoir à provoquer chez certains déments un simulacre de fièvre, et que dans ces derniers temps, on a essayé d'atteindre ce résultat au moyen d'inoculations de cultures pures du microcoque de l'érysipèle. E. RICKLIN.

VI. — Sous le nom d'infection psychique, Wollenberg entend la transmission de troubles psychiques qui s'effectuent d'une personne à une autre. Il élimine de cette classe de psychoses celles qu'on désigne sous le nom de psychoses émotives et où l'influence d'une première personne démente n'intervient qu'à la façon de toute autre cause occasionnelle. Dans les cadres de l'infection psychique, Wollenberg fait rentrer :

1° La *folie* dite *communiquée*. Un sujet B se laisse suggérer par un autre des idées délirantes qui germent ensuite dans son cerveau troublé.

2° La *folie imposée*. Un sujet B ne se laisse suggérer des idées délirantes que de la part et au contact d'un autre sujet A; sitôt qu'il se trouve séparé de ce dernier, il échappe à ses idées délirantes.

3° La psychose de B n'est contingente de la psychose de A qu'au début de la maladie; plus tard, elle poursuit une évolution indépendante et personnelle.

4° La *folie simultanée*. Les psychoses contractées isolément et d'une façon indépendante par A et B s'influencent ensuite réciproquement.

L'auteur a inséré dans son travail des exemples de ces différents modes de transmission des psychoses dont un de folie à trois. Relativement à l'étiologie de l'infection psychique, il relève que presque toujours la transmission du trouble mental s'effectue d'un premier sujet à un de ses proches parents. Sur un total de 108 cas, 32 fois la transmission s'est faite d'un premier sujet à la sœur; 14 fois au frère, à la mère ou à la fille; 8 fois au fils; 7 fois au mari; 6 fois au père; 5 fois de mari à femme; 5 fois à une personne étrangère; 3 fois à un parent éloigné. Le plus souvent la transmission s'est faite chez des personnes qui étaient dans la maturité de l'âge.

Il n'y a rien de général à dire sur le pronostic et le traitement de ces psychoses communiquées d'une personne à une autre, sauf le cas que la prophylaxie doit être prise en sérieuse considération. Ne confier les déments aux soins d'une personne consanguine qu'aussi peu de temps possible; éliminer de l'entourage des déments, les sujets qui sont tous sous le coup d'une prédisposition psychopathique. E. RICKLIN.

I. — **Ueber Bewusstseinstörungen... (Les troubles de la conscience et leur rapport avec la folie et la démence), par ORSCHANSKY** (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, *XX*, *Heft* 2, *p.* 309, 1889).

II. — **Ueber Chorea... (De la chorée et des autres manifestations motrices chez les déments), par KÖPPEN** (*Ibidem*, *XIX*, *Heft* 3, *p.* 707).

III. — **Ueber motorische Störungen... (Des troubles moteurs stéréotypiques chez les déments, particulièrement de la catatonie), par BINDER** (*Ibidem*, *XX*, *Heft* 3, *p.* 628).

IV. — **Ueber Albuminurie und Propeptonurie bei Psychosen, par KÖPPEN** (*Ibidem*, *XX*, *Heft* 3, *p.* 825).

V. — **Ueber Veränderungen... (Modifications de l'excitabilité galvanique dans la démence paralytique), par F. GERLACH** (*Ibidem*, *XX*, *Heft* 3, *p.* 645, 1889).

I. — En se fondant sur l'analyse de deux observations de démence aiguë, d'une observation de folie hypocondriaque et d'un cas de folie hallucinatoire chez une hystérique, l'auteur a formulé les conclusions suivantes :

Il y a lieu de distinguer l'un de l'autre le substratum de la conscience, c'est-à-dire l'ensemble et la qualité des idées conscientes, de la partie fonctionnelle de cette faculté, c'est-à-dire de l'ensemble des principes qui régissent la production de ces idées et leurs rapports respectifs. Au point de vue clinique, une distinction s'impose entre l'excitation et la dépression qui constituent le fond de la folie et de la démence, et les troubles de l'élément fonctionnel de la conscience qui correspondent à une sorte d'atonie de cette faculté. On observe des cas à évolution typique où le stade initial, caractérisé par des troubles de la conscience, est de courte durée et fait place à une période de délire. Il existe jusqu'à un certain point une sorte d'antagonisme entre l'élément du délire et les troubles de la conscience. Suivant que l'un de ces deux éléments prédomine, le tableau morbide évolue sous les traits de la folie primitive ou sous ceux de la démence, deux pôles extrêmes, entre lesquels la maladie vient prendre sa place dans la classification des psychoses.

Il existe une différence essentielle entre les symptômes du trouble de la conscience et ceux de la folie primitive; celle-ci a pour caractère différentiel l'état d'excitation intellectuelle, qui entraîne comme conséquence une néoformation d'idées et de représentations psychiques. Entre le trouble de la conscience et la démence, il existe une différence moins tranchée. Dans la démence, la perception est affaiblie et ralentie, parfois même elle est abolie. De même, l'aperception, c'est-à-dire la réaction que le « moi » oppose aux sensations venues du monde extérieur, est également affaiblie, souvent même abolie. Le sujet n'a plus que partiellement ou n'a plus du tout conscience de lui-même pendant le cours de la maladie, il a perdu le souvenir du passé, de même que plus tard, s'il vient à guérir, il n'aura pas souvenance de ce qui s'est passé pendant sa maladie. Au contraire, dans les cas de trouble de la conscience, la perception n'est pas affaiblie, elle est tout au plus pervertie, l'aperception est également conservée, ainsi que la mémoire et la conscience du « moi ».

Plus tard, le malade, s'il vient à guérir, se rappelle en partie ou en totalité ce qui s'est passé durant sa maladie. E. RICKLIN.

II. — Köppen publie six cas de psychoses simples dans le cours desquelles les sujets ont présenté, par moments, des mouvements choréiformes.

Ce qui caractérise ces désordres choréiformes, c'est qu'ils sont généralisés à toutes les parties du corps, qu'ils sont empreints d'arythmie, qu'ils éclatent soudainement pour ne disparaître que d'une façon lente et progressive, c'est qu'enfin ils s'exagèrent sous l'influence des émotions et à l'occasion des mouvements intentionnels. De même que, chez les sujets sains d'esprit, des mouvements volontaires répétés finissent par être exécutés involontairement d'une façon automatique, de même, suivant l'auteur, les mouvements désordonnés qu'on observe chez les maniaques, dérivent d'actes de la motilité qui, primitivement, étaient exécutés d'une façon consciente, et qui, dans le courant de la maladie, ont dégénéré en actes automatiques. Toutefois, cela ne s'applique pas aux phénomènes d'agitation générale; ceux-ci sont le produit d'une irradiation inconsciente, qui rayonne des centres psychiques vers les centres moteurs sous-jacents à l'écorce. Ces phénomènes-là cessent de se manifester lors des mouvements intentionnels; ils se manifestent avec moins de soudaineté que les mouvements choréiques proprement dits.

III. — Binder a fait une enquête sur 800 observations de démence à formes variées, et il a constaté que dans les trois quarts des cas où on avait noté des troubles moteurs, ceux-ci se rattachaient aux formes morbides les plus dissemblables, et qu'en même temps qu'eux apparaissaient presque toujours des symptômes de catatonie. Dans 8 cas, ces symptômes étaient ceux de la catatonie classique; dans 21 cas, ils revêtaient des caractères moins typiques, il arrivait notamment que la succession des trois premières phases par lesquelles passent les phénomènes catatoniques ne suivait pas l'ordre indiqué par Kahlbaum.

Dans un second groupe, l'auteur a rangé les attitudes et les mouvements stéréotypiques qu'on observe surtout dans les démences où les troubles psychiques sont secondaires; les malades ont une tendance à exécuter des mouvements et à prendre des attitudes qui ont un cachet à la fois baroque et monotone. Dans la manie et dans la mélancolie, les troubles moteurs stéréotypiques font défaut, en thèse générale.

L'auteur passe en revue un certain nombre de types de ces troubles moteurs stéréotypiques, qui se présentent presque toujours avec des traits uniformes chez un même dément. A la fin de son mémoire, il fait remarquer que ces deux catégories de troubles stéréotypiques — catatonie et folie — paraissent avoir pour trait d'union cette circonstance de se rencontrer presque toujours chez des sujets qui sont sous le coup de l'hérédité psychopathique (65 0/0 dans les 84 cas recueillis par l'auteur).

IV. — Köppen a constaté que chez beaucoup de déments l'urine renferme de l'albumine ou de la propeptone.

Il publie 94 observations qui démontrent que chez les déments, l'albumine peut se montrer indépendamment de toute lésion appréciable des reins, principalement dans les cas de délire aigu, et dans les autres psychoses qui, d'une façon transitoire, viennent à évoluer sous les traits du délire aigu.

L'albuminurie suit une marche parallèle à celle de l'exaltation délirante. Dans d'autres cas, où la psychose est sous la dépendance d'une affection des centres nerveux ou de l'artério-sclérose, et où les reins et le cœur sont lésés dans leur structure, l'albuminurie présente une étiologie plus complexe; une relation directe entre ce trouble d'excrétion et la psychose est moins apparente.

Indépendamment de l'intérêt scientifique qui s'attache à la connaissance de l'albuminurie survenant chez les déments, celle-ci peut, dans certaines circonstances, contribuer à établir le diagnostic, lorsque, par exemple, il existe des présomptions de simulation.

V. — Gerlach a constaté que dans certains cas de démence paralytique, l'excitabilité galvanique est diminuée; déjà Fischer avait signalé le même fait.

Cette diminution de l'excitabilité galvanique n'est pas en rapport avec des troubles somatiques (atrophie, paralysie) de l'appareil moteur. Elle n'a aucune signification diagnostique.

Chez aucun des malades qu'il a examinés, Gerlach n'a pu constater les signes de la réaction de dégénérescence. E. RICKLIN.

Du rôle de l'hérédité dans l'alcoolisme, par P. SOLLIER (*In-8°, Paris*).

L'auteur s'efforce de distinguer mieux qu'on ne l'avait fait avant lui l'*alcoolisme héréditaire* qui est autre chose que la dipsomanie. L'hérédité dans l'alcoolisme peut être similaire ou dissemblable, la fréquence de la première étant à celle de la seconde comme 3 est à 4. La seule véritable cause qui fasse apparaître les tendances alcooliques chez les descendants d'alcooliques est l'hérédité qui crée la prédisposition, l'impulsion, et un état intellectuel et moral mettant l'individu dans l'incapacité de résister. Ce mémoire contient un très grand nombre d'observations inédites.

PIERRE MARIE.

Uber ein spinales Symptom... (Sur un symptôme médullaire dans le stade de convalescence de la manie aiguë), par H. SHERMER (*Münchener med. Wochenschrift, n° 17, avril* 1889).

La manie aiguë se terminant rarement par la mort, on ne connaît guère ses lésions. Calmeil, Meynert, Emminghaus ont surtout noté une forte injection des vaisseaux de la pie-mère et des circonvolutions. Repping a signalé une prolifération nucléaire que Mendel n'a pu retrouver.

Dans les cas rapportés par l'auteur, il n'existait que des troubles cérébraux, aussi la constatation du signe de Westphal pendant la convalescence présente-t-elle un certain intérêt.

Les réflexes patellaires reparurent au bout d'environ deux mois, dans le premier cas, d'un mois dans le second, de trois mois, dans le troisième.

Au bout d'un mois, ils n'étaient pas revenus chez la dernière malade.

Les réflexes furent recherchés par tous les procédés. Notons que pendant la période d'état ces malades avaient leurs réflexes conservés.

L'auteur conclut de l'absence de réflexes chez ses malades à une lésion des cordons postérieurs de la moelle, et pour lui cette lésion est l'analogue de celle qui, dans le cerveau, provoque les accidents de la manie aiguë. Toutes les deux sont passagères. P. TISSIER.

Case of Folie à deux, par NOLAN (*Journ. of mental sc., avril* 1889).

Jean et Richard C...; père mort aliéné, laissant sa femme et six enfants dans une profonde misère. Deux filles meurent, deux fils s'en vont ailleurs; Jean et Richard restent à la campagne avec leur mère aliénée qu'ils soignent avec dévouement. Celle-ci transmet à son fils aîné le délire qu'elle tenait de son mari, et ce fils le transmet à l'autre. Ils se croient de noble origine, persécutés, sont cousins de la reine, et devraient posséder des biens qu'on leur a ravis. Après la mort de leur mère, leur délire devient plus actif et on est obligé de les enfermer. Ils ont la même taille, se ressemblent comme expression et comme manières, leur délire est identique et ils l'expriment dans les mêmes termes; âge, 45 et 40 ans. Trois mois après leur entrée, un fait remarquable se produit. Bien qu'ils aient été séparés depuis leur entrée à l'asile aussi rigoureusement que possible, ils viennent à s'imaginer qu'un individu se disant leur oncle, mais qui n'est pas parent de la reine, leur a ravi une immense fortune en se servant de faux titres. Ils affirment que cet oncle prétendu est un bâtard, etc. Et ce délire, identique chez tous les deux, s'est développé simultanément sans qu'ils aient été en contact. Un mois plus tard, le frère aîné allant déjà mieux et riant de ses erreurs passées, ils ont pendant la nuit la même vision : leur mère leur apparaît, à une demi-heure d'intervalle, et parle à l'aîné, mais ne dit rien à l'autre. Ils font leur récit séparément, et quand on les réunit, ils tombent d'accord sur les moindres détails de leurs visions. Les idées délirantes évoluant de la même façon et se traduisant par les mêmes paroles chez les deux frères, mêmes séparés l'un de l'autre, constituent un cas fort rare de délire à deux. DESCOURTIS.

Notes of ten years'experience in the use of the turkish bath in the treatment of mental ill-heath (Notes sur dix années d'expérience dans l'usage des bains turcs appliqués au traitement des maladies mentales), par R. BAKER (*Journ. of mental sc., juillet* 1889).

Kitching avait été d'avis d'installer des bains turcs à la Retraite d'York, considérant que ce serait très utile pour le traitement de beaucoup d'aliénés. R. Baker partagea cette opinion, visita les principaux bains turcs d'Angleterre et en fit construire à la Retraite. Ils comprennent un tépidarium à 120 ou 130° Fahr. et un calidarium de 130 à 180 Fahr.; les différentes sortes de douches y sont comprises. — R. Baker en fit usage pendant neuf années et cite le résultat de son expérience. Pour lui, le bain turc a une action curative: (a) dans différentes formes de la folie alcoolique, en favorisant l'élimination du poison; (b) dans ces cas de démence partielle apparente, qui se produisent assez souvent au milieu de la vie ou à un âge plus avancé, et qui proviennent en général d'une diathèse goutteuses, les bains turcs faisant sortir par la peau les principes nuisibles qui circulent dans le sang et laissant ainsi moins à faire aux reins; (c) dans le cas de congestion des organes internes qui s'accompagne de sécheresse de la peau, comme chez les mélancoliques et dans les congestions du foie; (d) dans la folie puerpérale, qui est souvent due à la rétention, dans le sang, de produits nocifs qui doivent être éliminés. Le bain turc n'aurait qu'une action palliative dans l'épilepsie, dans la paralysie générale des aliénés et la folie chronique : il enlèverait aux aliénés l'odeur fétide qu'on trouve si souvent chez eux, les rendrait plus dociles et de meilleure humeur. Ce serait un heureux adjuvant des autres procédés employés dans le traitement de l'aliénation mentale. DESCOURTIS.

On the cure of the morphia and alcoholic habit (Sur le traitement des habitudes morphiniques et alcooliques), par PLAYFAIR (*Journ. of ment. sc.. juillet* 1889).

On est généralement fort embarrassé pour supprimer la morphine et l'alcool aux individus qui en font un usage abusif. Les uns suppriment brusquement le poison, les autres le diminuent peu à peu, mais on ne se préoccupe guère des souffrances physiques et morales, parfois atroces, qu'éprouvent ces malheureux. Playfair a un procédé spécial qui lui a donné de bons résultats dans tous les cas qu'il a eus à traiter, les malades ayant tous bien guéri, sans avoir passé par les souffrances dont il a été question. Il diminue progressivement la dose de morphine, d'alcool ou même de chloral dont ils font abus, en même temps qu'il les maintient dans un repos complet, isolés, et qu'il les fait masser et suralimenter. Il ne leur donne d'ailleurs aucun autre médicament. — Il explique son succès, dans ces cas, en disant que les malades ont perdu toute énergie morale et physique et que son traitement est dirigé dans ce sens. On enlève aux malades l'occasion de céder à leurs fâcheuses habitudes et on remonte leurs forces. Playfair rapporte plusieurs observations de ce genre. DESCOURTIS.

MÉDECINE LÉGALE.

Recherches sur la nature et les causes de la rigidité cadavérique, par Catherine SCHIPILOFF (*Revue médic. Suisse romande, IX*, 466, 501 *et* 565, *août, septembre et octobre* 1889).

Catherine Schipiloff résume à peu près ainsi son important travail expérimental :

La rigidité cadavérique est un phénomène complexe ; plusieurs causes concourent à sa production ; invariable dans le fond, il peut affecter des formes variées, de là les différences dans les théories proposées pour l'expliquer.

Le premier fait que l'on observe dans un muscle, après la mort de l'animal, est le développement de l'acidité ; il précède tous les autres symptômes de la rigidité.

Si au moment où l'acidité se développe, le muscle est encore excitable chimiquement, l'acide provoquera une contraction musculaire ; le début de la rigidité sera alors marqué par la raideur, le tissu musculaire conservant encore sa transparence normale. L'observation de ce fait a donné naissance à la théorie qui considère la rigidité comme une dernière contraction d'un muscle mourant, mais possédant encore une certaine vitalité (Nysten, Schiff, Brown-Séquard). Cette théorie rend parfaitement compte des faits relatifs à l'apparition brusque et instantanée de la rigidité après la mort, dans lesquels les cadavres ont conservé une atti-

tude de statue (Rossbach); encore faut-il dire que les modifications purement chimiques des muscles sont venues consolider la contraction initiale du muscle, ce que Brown-Séquard n'admet pas.

Mais cette théorie ne cadre pas avec tous les faits, en effet : 1° Le phénomène de la contraction physiologique manque dans la plupart des cas, l'observation directe et les dosages du glycogène le prouvent. Cela tient à ce que l'excitabilité chimique du muscle a le plus souvent déjà disparu au moment où la rigidité se montre. 2° La contraction physiologique à elle seule est insuffisante pour déterminer la rigidité ; en effet, on peut éveiller l'excitabilité chimique par l'injection dans les vaisseaux du muscle d'un grand nombre de substances en solution aqueuse, on ne parviendra qu'à obtenir des contractions musculaires,mais jamais de rigidité, à moins que ces substances n'exercent sur le muscle une action chimique spéciale analogue à celle de l'acide.

La seconde théorie de la rigidité ne tient aucun compte de la contraction musculaire et attache aux phénomènes de blancheur et d'opacité une importance exclusive ; elle les considère comme des phénomènes de début, la raideur viendrait ensuite. Ici les physiologistes se séparent de nouveau.

Alexandre Schmidt envisage les phénomènes chimiques qui s'effectuent dans les muscles rigides comme identiques à la coagulation du sang et dus à l'action d'un ferment fibrinoplastique sur une substance fibrinogène, mais :

1° Dans les empoisonnements par le phosphore et l'acide cyanhydrique, ainsi que dans la mort par le choléra, la coagulation du sang manque, tandis que la rigidité est excessivement forte ; il n'y a donc pas concordance entre ces deux phénomènes.

2° Dans la coagulation du sang, il y a formation d'un corps nouveau, la fibrine ; rien de semblable n'a lieu dans la rigidité ; la myosine garde dans les muscles rigides les mêmes propriétés chimiques et optiques qu'elle possédait dans les muscles frais.

3° Le ferment fibrinoplastique n'exerce son action que dans un milieu alcalin ; or, dans les muscles rigides, la réaction est toujours acide, et cela dès le début, alors qu'aucun autre symptôme de rigidité ne peut être encore observé.

Cette théorie ne tient aucun compte de l'acidité.

W. Kühne, au contraire, attribue à l'acidité un rôle prépondérant ; mais il veut tout expliquer par des modifications d'ordre purement chimique et ne tient aucun compte des phénomènes de contraction, il nie même l'existence du raccourcissement musculaire pendant la rigidité.

Le développement de l'acidité dans les muscles est, en effet, le phénomène qui détermine la rigidité normale. En empêchant dans un muscle le développement de l'acide, on empêche par cela même la rigidité de se développer, c'est ce qui a lieu chez l'animal vivant par l'effet de la circulation du sang. On peut reproduire ce phénomène artificiellement en maintenant un animal mort sous l'influence constante de la circulation d'un liquide faiblement alcalin. Cependant lorsque la circulation artificielle a été prolongée trop longtemps dans un animal mort, la rigidité ne survient plus après la cessation de la circulation.

L'effet chimique de l'acide sur la substance du muscle se manifeste

par la précipitation de la myosine, ce qui donne aux muscles rigides leur aspect blanchâtre et opaque.

Les muscles en devenant rigides subissent un raccourcissement qui amène un mouvement des membres toutes les fois qu'un groupe musculaire arrive à prédominer sur son antagoniste. Le raccourcissement musculaire qui accompagne la rigidité cadavérique a pour origine deux phénomènes distincts : 1° la contraction musculaire qui marque le début de la rigidité dans les muscles possédant encore leur excitabilité chimique ; 2° les effets combinés de la précipitation de la myosine et de l'élasticité propre au tissu musculaire.

Ces 2 modes de contraction peuvent être occasionnellement observés sur le même muscle, mais en général la contraction physiologique, quand elle a lieu, produit un raccourcissement maximum qui n'est plus dépassé ; souvent, cependant, la contraction physiologique est faible, et, dans le plus grand nombre de cas, elle manque tout à fait.

Tout liquide capable de produire la précipitation de la myosine (acides faibles, eau distillée) produit la rigidité du muscle dans les vaisseaux duquel on l'injecte.

La chaleur provoque aussi la rigidité par coagulation de la myosine, mais celle-ci alors n'offre plus les propriétés chimiques ni les propriétés optiques de la myosine naturelle ou de la myosine précipitée par l'acide.

La quantité d'acide va sans cesse en augmentant pendant la rigidité.

La cessation de la rigidité cadavérique normale est due à la redissolution de la myosine dans un excès d'acide ; dans la rigidité normale, c'est à l'acide sarcolactique que la redissolution est due. Mais tout liquide capable de redissoudre la myosine (solution de chlorure de sodium par exemple) fait cesser la rigidité du muscle dans les vaisseaux duquel on l'injecte.

En définitive, la rigidité cadavérique est le résultat d'une simple précipitation de la myosine, sous l'influence de l'acide développé dans les muscles. Deux autres phénomènes concourent à la production de la rigidité : l'un conditionnel, la contraction physiologique et l'autre constant, le retrait et le raccourcissement du muscle (*R. S. M.*, IX, 250 ; XXVI, 653 et XXXIV, 223). J. B.

Die Todtenstarre am Herzen (Effets de la rigidité cadavérique sur le cœur), par Fr. STRASSMANN (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und oeff. Sanit. nouv. série, LI,* 300, *octobre* 1889).

On admet généralement que dans la mort par paralysie (ou apoplexie) cardiaque, le ventricule gauche est plein et en diastole, tandis que dans la mort par asphyxie, il est vide et contracté.

Cependant, A. Lesser (même recueil, XXXII), dans ses nombreuses autopsies d'individus frappés de mort subite, par le cœur, avait constamment trouvé le ventricule gauche, fortement contracté et vide, toutes les fois que le myocarde était intact. Enrevanche, le ventricule droit était toujours en diastole, sauf chez les nouveau-nés (où le myocarde est plus développé à droite) et dans la mort par hémorragie.

De son côté, Strassmann a vu également le ventricule gauche vide et en systole chez bon nombre de personnes ayant succombé à une paralysie cardiaque.

Pour concilier ces faits d'observation, avec le relâchement des muscles après la mort, on est conduit à admettre que l'état du cœur constaté à l'autopsie n'est plus celui qui existait au moment de la mort et que c'est la rigidité cadavérique qui a produit ces changements sur le ventricule gauche.

Strassmann a vérifié la justesse de cette explication sur de nombreux chiens tués par divers mécanismes (empoisonnements par un toxique du cœur, par l'acide prussique, par la strychnine, par la muscarine, par le chloroforme ; abatage ; morts par hémorragie, par obturation de la trachée) et dont il examinait le cœur, tantôt immédiatement, tantôt au bout de vingt-quatre heures.

Dans le premier cas, il a constaté que dans la mort par le cœur, les cavités cardiaques gauches contiennent plus de sang que les droites, tandis que c'est l'inverse à la suite de l'asphyxie aiguë. Mais le cœur gauche renferme également davantage de sang dans des genres de mort autres que la paralysie cardiaque (abatage) qui, sans appartenir à l'asphyxie proprement dite, sont caractérisées par l'arrêt préalable de la respiration.

D'autre part, il n'a jamais trouvé le cœur contracté, même après l'empoisonnement par la strychnine.

Voilà l'état du cœur, examiné immédiatement après la mort. Plus tard, la rigidité cadavérique a considérablement modifié l'état des choses. Presque toujours le ventricule gauche est dur, très contracté et vidé au moins en majeure partie de son contenu, alors même que la mort a eu lieu par paralysie cardiaque.

Les mêmes phénomènes sont moins marqués pour le ventricule droit qui est moins musculeux.

La rigidité cadavérique s'empare très précocement du cœur, au bout d'une heure déjà, à la suite de l'empoisonnement cyanhydrique.

Comment alors expliquer que faisant nos autopsies habituellement à une époque où la rigidité cadavérique s'est déjà emparée du cœur, on ait pu trouver cependant le ventricule gauche encore dilaté et plein. C'est que lorsque le myocarde est dégénéré, le cœur ne devient pas rigide et que la mort par le cœur s'accompagne très souvent de la dégénération du muscle cardiaque. J. B.

De la perte de poids que subissent les cadavres dans l'air atmosphérique, par Charles-Georges DUPONT (*Thèse de Paris*, 1889).

Dupont a fait de nombreuses expériences qui l'ont amené aux conclusions suivantes :

Les cadavres, quels qu'ils soient et quelles que soient les conditions extérieures, perdent, dans l'atmosphère, une partie plus ou moins appréciable de leur poids. Il en est de même des viscères isolés.

Les pertes sont beaucoup plus considérables, relativement, pour le nouveau-né et pour le fœtus que pour l'adulte. La moyenne générale, par kilogramme et par jour, est de grammes 7,70. Cette moyenne générale doit être fort souvent majorée. En effet, les expériences ont été faites en hiver et par une température basse. Or il est certain que la déperdition serait plus accentuée en été et par une haute température.

En outre, la déperdition est plus marquée durant les premiers jours

qui suivent la mort : la moyenne dépasse 18 grammes pour les premières 24 heures.

Chez le fœtus, la perte relative est plus forte, à mesure que l'âge et le poids diminuent.

La putréfaction avancée active manifestement la perte journalière.

Le renouvellement incessant et rapide de l'air ambiant produit un effet analogue.

Les pertes éprouvées sont dues à l'évaporation.

La congélation, dans les appareils de la morgue, est accompagnée de pertes notables.

Il existe, dans des conditions extérieures identiques, les conditions intrinsèques (âge, poids, conservation) restant analogues et tout à fait comparables, des différences individuelles qui ne peuvent être attribuées qu'à la constitution même des tissus du sujet.

Dans les détails quotidiens des expériences, il est impossible de reconnaître l'action de la température, de la pression barométrique et de l'état hygrométrique. J. B.

La putréfaction sous les hautes pressions, par P. REGNARD (*C. R. Soc. Biologie*, 16 *février* 1889).

Un cadavre jeté à la mer et tombé au fond se putréfie-t-il ou demeure-t-il indéfiniment dans son premier état? Si l'on soumet expérimentalement des substances putrescibles à des pressions de 600 à 700 atmosphères (correspondant à des profondeurs de 6000 à 7000 mètres), on voit que la putréfaction ne se fait pas. On ne peut cependant conclure d'une façon définitive à l'absence de putréfaction dans les bas-fonds de l'océan, car il peut se trouver là des microbes habitués à ces hautes pressions. PAUL LOYE.

Zur Entstehung des Fettwachses (Origine de l'adipocire), par CŒSTER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. und œff. Sanitw.*, *nouv. série*, *L.* 211, *avril* 1889).

A la suite des inondations de l'Oder, et du retrait des eaux, on trouva sur la rive le corps d'une femme qui séjourna là 12 jours presqu'entièrement nu, avant qu'on en fît l'autopsie.

Ce cadavre offrait une raideur absolue et générale; en le saisissant par un pied, on le soulevait en totalité; les articulations étaient complètement immobiles. D'autre part, malgré son volume, le corps était si peu pesant qu'une personne le portait sans difficulté. L'épiderme manquait partout. La couleur, uniforme, était cendrée, comparable à celle du mauvais carton. Nulle part, le doigt ne laissait d'empreinte sur la peau, et toutes les parties molles étaient rénitentes, criant sous le scalpel, comme du papier mâché. Les os de l'avant-bras droit, dénudés, étaient recouverts d'amas d'apparence calcaire, mais graisseux et friables au toucher. Nulle part on ne reconnaissait de tissu musculaire à l'œil nu. Organes internes complètement exsangues, mais ayant conservé leur forme et leur situation naturelles; seuls les poumons, ratatinés, étaient rétractés contre le rachis. Pas de distinction possible entre la graisse et les autres tissus, tous extrêmement friables. Pas trace d'odeur cadavérique.

Le chorion et le tissu adipeux sous-cutané, transformés en une masse rigide, constituaient une sorte de voûte solide, qui avait maintenu la forme du corps, malgré l'affaissement des parties molles sous-jacentes et la production de cavités au sein desquelles on distinguait du tissu conjonctif lâche, entremêlé de bandelettes minces, coriaces, aplaties et correspondant aux muscles.

Cœster conclut :

Il se produit parfois dans l'eau une décoloration complète des tissus animaux, en même temps qu'une lixiviation des substances solubles et une imbibition des substances insolubles.

L'albumine des muscles ne peut former de la graisse, car elle est liquéfiée par la putréfaction et entraînée par l'eau.

Le prétendu gras de cadavre n'est autre que la graisse naturelle, mais altérée, des tissus animaux, qui occupe la place des organes musculaires, ou autres, disparus par lixiviation. (*R. S. M.*, XVII, 244; XXII, 460 ; XXVI, 656 et XXIX, 218.) J. B.

Ueber postmortale Blut-Veränderungen (Mécanisme des altérations cadavériques du sang), par FALK (*Viertelj. f. gerichtl. Medicin und œff. Sanitw., nouv. série, L.* 272, *avril* 1889).

Il résulte des expériences de Falk que la globuline formée aux dépens de la fibrine a la part prépondérante dans la liquéfaction des caillots fibrineux qui explique la vacuité du cœur et des vaisseaux sur les cadavres en voie de putréfaction.

Cette dissolution de la fibrine n'est due ni au carbonate d'ammoniaque ni à un processus de peptonisation. J. B.

Sur la recherche du sang dans les expertises médico-légales, par G. LINOSSIER (*Annales d'hyg. publ. et méd. lég.*, 3e *série*, *XXII*, 169, *août* 1889).

Il résulte des recherches de Linossier que, contrairement à l'opinion universellement admise, ce n'est pas l'oxyhémoglobine dont les bandes d'absorption fournissent la réaction spectrale la plus sensible, mais bien l'hématine réduite ou hémochromogène d'Hoppe-Seyler.

Aussi conseille-t-il de procéder de la façon suivante dans la recherche du sang par le spectroscope :

1° Dissoudre la tache et examiner le spectre de l'oxyhémoglobine ;

2° Additionner d'hydrosulfite de soude et examiner le spectre de l'hémoglobine réduite ;

3° Additionner de soude et examiner le spectre de l'hématine réduite.

La méthode spectrale ainsi conduite permet de constater la présence du sang dans les cas où les cristaux d'hémine ne pourront être obtenus, par exemple quand le sang a subi l'action des alcalis fixes. J. B.

Zur Stichhaltfigkeit der Magendarmprobe (Valeur de la docimasie gastro-intestinale), par WINTER *Viertelj. f. gerichtl. Med. und œffentl. Sanitw.*, *LI*, 101, *juillet* 1889).

Winter publie 9 faits de mort-nés, à l'autopsie desquels il a trouvé, constamment dans l'estomac et deux fois même dans l'intestin, une plus

ou moins grande quantité d'air, bien qu'il n'y eût pas eu de tentative de respiration artificielle. D'autre part, il croit pouvoir affirmer que le contenu gazeux du tube gastro-intestinal n'était pas un indice de putréfaction. (*R. S. M.* XXX, 580; XXXI, 629 et XXXIII, 594.) J. B.

Ueber die sogenannte « Eisenlungenprobe » (Zaleski) und deren Anwendbarkeit für forensische Zwecke (Valeur médico-légale de la docimasie sidéro-pulmonaire de Zaleski), par S. JOLIN et Algot KEY-ABERG (*Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin, LI*, 343, *octobre* 1889).

Jolin et Key-Aberg refusent toute valeur à la docimasie sidéro-pulmonaire proposée par Zaleski (*R. S. M.*, XXXI, 630). Théoriquement, elle est déjà suspecte, car le principe physiologique sur lequel elle est basée est faux. En effet, l'activité de la petite circulation peut commencer dès la vie fœtale, ainsi qu'en témoignent les faits d'asphyxie intra-utérine et de respiration prématurée de fœtus pendant l'accouchement.

Dans les deux cas, on a des mort-nés qui ont respiré dans le sein de leurs mères.

Pratiquement, les assertions de Zaleski ne sont pas davantage fondées, ainsi qu'il résulte des recherches de Jolin et Key-Aberg faites sur treize nouveau-nés, dont six morts pendant la vie intra-utérine, quatre ayant succombé pendant l'accouchement, et trois ayant vécu quelque temps après la naissance.

Les chiffres obtenus sont précisément l'opposé de ceux de Zaleski. En effet, voici les moyennes de Jolin et Key-Aberg :

1° Mort-nés	Substance sèche.....	16.86 0/0
	Fer dans le poumon desséché..	0.1082
2° Enfants nés vivants.	Substannce sèche.....	14.75 0/0
	Fer dans le poumon desséché..	0.1026

Les résultats contradictoires de Zaleski s'expliquent en partie parce que de ses quatre mort-nés, trois n'avaient atteint que le huitième mois de la vie intra-utérine. J. B.

Sulla diffusibilita nell' organismo dei veneni introdottivi dopo la morte, par D. TORSELLINI (*La Riforma medica*, 22, 24, 25, 26, 27 *et* 28 *juin* 1889).

L'imbibition et l'infiltration cadavériques peuvent transporter d'un point à un autre de l'organisme un poison introduit après la mort dans l'estomac ou dans l'intestin. Cette diffusion demande pour se produire un temps variable suivant les organes : ainsi on ne trouve l'arsenic dans le cerveau qu'au bout de 6 ou 7 jours; dans le foie on peut le trouver plus tôt, mais, surtout pendant les 2 premiers jours, il y est en moins grande quantité que dans le cœur ou les poumons. D'après ses expériences, l'auteur nie qu'au bout d'un certain temps un poison puisse ne pas se trouver dans tous les viscères de l'organisme, car il a toujours rencontré les poisons en quantité plus ou moins considérable dans tous les organes où il les a recherchés : le foie qui, dans les premiers jours, contient généralement la moins grande quantité de poison, peut, au contraire, en renfermer plus tard la plus forte proportion, particulièrement lorsque le poison a été injecté dans l'estomac. L'infiltration des poisons est très favorisée par la position du cadavre : les parties situées au-dessous du niveau du liquide vénéneux renferment une plus grande quantité de poi-

son. On pourra, par le dosage du poison dans les différents organes (abondance dans le cœur dans les poumons et dans le sang, faible quantité dans le foie, absence dans le cerveau), reconnaître qu'il s'agit d'une simulation d'empoisonnement par injection du poison après la mort, si on fait l'autopsie au bout de peu de temps; mais, s'il s'est écoulé déjà un certain temps, il deviendra impossible de reconnaître ce fait par l'examen chimique, et on ne pourra plus alors se baser que sur les données cliniques ou anatomo-pathologiques. GEORGES THIBIERGE.

Ueber den Tod durch Ertrinken nach Studien an Menschen und Thieren (La mort par submersion étudiée sur l'homme et les animaux), par Adolf PALTAUF (*Vienne*, 1888).

1° L'autopsie de la majorité des noyés fournit une série de lésions dont l'ensemble permet de diagnostiquer le genre de mort, avec une certitude variable suivant les cas;

2° Les lésions les plus importantes occupent les poumons;

3° On peut poser comme règle générale que le liquide de submersion pénètre dans les poumons. Chez l'animal, on peut constater que ce liquide remplit d'abord les portions du parenchyme voisines du hile; ensuite, il peut pénétrer dans les parties du poumon les plus éloignées. Dans la majorité des cas, ce sont les lobes supérieurs qui contiennent la plus grande quantité de liquide. On rencontre cependant des exceptions, tant au point de vue de la quantité du liquide que de sa répartition;

4° A la surface des poumons, on peut distinguer des taches et des plaques rougeâtres, correspondant aux points où il y a eu issue du liquide de submersion;

5° L'état particulier des poumons, leur non affaissement, etc., sont dus essentiellement à la pénétration du liquide de submersion dans les alvéoles et de là dans le tissu interstitiel, soit par des voies préformées (canalicules des sucs, etc.), soit parfois aussi grâce à de petites lésions de la paroi alvéolaire;

6° Chez les animaux noyés, les matières fluides et spumeuses renfermées dans les voies aériennes, en ne tenant pas compte du mélange de mucus, de sang, etc., sont presque exclusivement formées par le liquide de submersion. La transsudation vitale, active, des vaisseaux pulmonaires (œdème) ne joue qu'un rôle très effacé dans la production de ce liquide et de cette écume. On peut admettre qu'il en est de même chez l'homme;

7° Les poumons d'hommes noyés n'offrent pas de différences notables. Sur tous, on trouve, dans les bronches et les alvéoles, des mucosités et des lésions constantes dans les alvéoles, capillaires, lymphatiques, etc. La variété des lésions anatomiques n'autorise donc pas à conclure à des différences essentielles du processus de submersion des animaux et de l'homme;

8° Le contenu des poumons en air, sang et liquide de submersion, rend compte des diversités de leur aspect: ballonnement, état tacheté, atélectasies, etc.;

9° C'est durant le 2e et le 3e stade de la mort par submersion qu'a

lieu la pénétration du liquide de submersion dans les poumons. Diverses circonstances influent à cet égard ;

10° On doit entr'autres porter toute son attention sur l'état différent des portions de poumon qui sont fixées par des adhérences ou au contraire libres. Généralement, les parties adhérentes contiennent moins de liquide ; mais dans les poumons œdématiés, l'inverse peut se présenter ;

11° Habituellement, le sang des noyés est noir et fluide. Lorsqu'il existe des caillots, cela s'explique, dans un certain nombre de cas, par une altération chimique, morbide, du sang ;

12° Chez une partie des noyés le sang est dilué. Cette dilution est le résultat d'une absorption vitale du liquide de submersion par les poumons. Cette résorption de liquide est sous la dépendance de facteurs multiples : nature du milieu submergeant, quantité du liquide pénétré, époque de la pénétration, durée de la submersion, enfin état du poumon. La dilution du sang est rarement observée dans la totalité du corps ; le plus souvent elle est bornée au cœur gauche et à l'aorte. Cette dilution du sang pourrait, dans certaines circonstances, être utilisée comme moyen auxiliaire de diagnostic. (*R. S. M.*, XXVII, 629.)

J. B.

Ueber Beziehungen der Thymusdrüse zu plötzlichen Todesfällen im Wasser (Le thymus et certaines morts subites chez des baigneurs), par Achilles NORDMANN (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n° 7, p.* 202, *1er avril* 1889).

Le thymus persistant, hypertrophié même, chez l'adulte, ne peut-il expliquer certaines morts subites qui frappent d'habiles nageurs, soit dans l'eau, soit immédiatement au sortir du bain. En tout cas, à l'autopsie, on ne trouve alors aucune autre lésion capable d'expliquer la mort, ainsi qu'en témoignent les quatre faits suivants, le premier observé personnellement par Nordmann, les trois autres communiqués par von Recklinghausen.

1er *cas.* — Le 11 août, dans l'après-midi, l'école de recrues va se baigner par compagnie ; avant le départ, on avait laissé une demi-heure de repos aux hommes, et, à leur arrivée au bord de l'eau, le temps suffisant pour n'avoir plus trop chaud au moment de l'immersion. La température de l'eau était de 17°Réaumur.

Un militaire de 20 ans, habile nageur, reste 2 ou 3 minutes dans l'eau, puis revient sur la rive, en se plaignant d'avoir froid. On le voit étendre ses membres et son corps, devenir très pâle, faire quelques longues inspirations, tourner les yeux, laisser pendre la tête et s'affaisser à terre. On le relève, on l'assied, et Nordmann arrive immédiatement. On ne sent pas le pouls du malade, son visage est cyanosé et il ne respire pas. Quelques coups appliqués vigoureusement sur le thorax provoquent 2 ou 3 respirations ; ce sont les dernières, malgré tous les moyens mis en œuvre (respiration artificielle durant plus de 1 heure, acupuncture du cœur).

A l'autopsie, pratiquée 17 heures après la mort, rigidité cadavérique très marquée, cyanose extrême de la face, sang noir et fluide. Congestion des viscères.

Les cavités cardiaques ne renferment que du sang liquide, plus abondant à droite. Œdème pulmonaire. L'estomac contient 50 grammes de bouillie alimentaire. Tout l'espace entre les clavicules et les côtes supérieures est rempli par le thymus, plus gros que le poing et dépassant un peu en haut la four-

chette sternale, tandis qu'en bas il dépasse d'un travers de doigt le bord supérieur du péricarde ; à la coupe, son tissu est hyperémié et de consistance normale. Le corps thyroïde est également volumineux ; ses deux lobes latéraux sont gros comme des pommes. Enfin, il y a augmentation de volume de la rate, des ganglions bronchiques, des amygdales, des follicules de la base de la langue. Rien d'anormal dans les voies aériennes ni dans le cerveau. Le testicule gauche est arrêté au niveau de la branche horizontale du pubis.

2e *cas.* — Garçon de 13 ans tombé, étant à jeun, d'une hauteur de 3 mètres dans le fleuve. Au bout de quelques secondes, il est déjà hors de l'eau, mais il est impossible de le rappeler à la vie.

A l'autopsie, pas de mousse dans les voies aériennes; autres organes normaux à part le thymus qui est aussi gros que le foie d'un nouveau-né et des ganglions lymphatiques très développés.

3e *cas.* — Jeune homme mort subitement au sortir du bain ; les secours, bien que prompts, furent complètement vains. L'autopsie ne révéla qu'un thymus très hypertrophié, des amygdales et des ganglions cervicaux un peu volumineux.

4e *cas.* — Jeune homme de 18 à 20 ans, habile nageur, mort brusquement en se baignant. Impossible de le ranimer. A l'autopsie, rien qu'un volume considérable du thymus, des amygdales et des ganglions lymphatiques.

Dans tous ces cas, von Recklinghausen s'est assuré de l'intégrité parfaite des appareils respiratoire et circulatoire. Il n'y avait en particulier ni myocardite, ni embolies, ni thrombose (*R.* S. *M.*, X, 312 ; XI, 727.)

J. B.

Zur Frage der Züchtigungen durch die Lehrer (Corrections infligées par des instituteurs; 2 cas médico-légaux), par MERNER (*Viertelj. f. gerichtl. Med. œff. Sanitw.*, *nouv. série*, *L*, 254, *avril* 1889).

1er *cas.* — Garçon de 12 ans que le maître d'école fait étendre sur un banc, pour le fesser avec une baguette de 5 millimètres d'épaisseur. De retour chez lui, l'enfant accuse de violentes douleurs abdominales ; l'après-midi, étant allé aux champs, les douleurs deviennent plus vives, et il y a des vomissements répétés. Puis l'enfant s'alite jusqu'à la mort, survenue quelques jours plus tard.

Autopsie : Aucune trace de violence extérieure. Invagination du côlon s'étendant sur une longueur de 37 centimètres jusqu'à l'S iliaque. Péritonite suppurée.

Conclusions de la première expertise : l'écolier a succombé à une invagination intestinale compliquée de péritonite. L'autopsie ne fournit aucun renseignement sur l'origine de ces lésions.

Merner appelé à donner son avis si on peut les expliquer par les coups reçus du maître, déclara que non, en se fondant sur les raisons suivantes :

1° L'enfant a quitté l'école en pleine santé ;

2° Les coups ont été donnés sur les fesses et le cadavre n'en offrait aucune trace.

2e *cas.* — Garçon d'une dizaine d'années que l'instituteur tire violemment de sa place en le prenant par le cou ; après quoi, il lui donne des coups de poing sous le menton et lui frappe la tête à plusieurs reprises contre l'angle d'un poêle. A la suite de cette correction il est impossible à l'écolier de retourner tout seul à son banc.

Rentré chez lui, l'enfant se plaint de douleurs de tête ; il est obligé de s'aliter et est pris de vomissements qui durent dix jours, puis il tombe dans le coma et meurt le 17e jour des accidents.

Autopsie : Pas trace de lésions au niveau du maxillaire inférieur ni du crâne. Méningo-encéphalite.

Merner conclut que la mort a été occasionnée par les coups reçus sur la tête. Condamnation du maître à trois ans d'emprisonnement. J. B.

Sopra un' importante quistione relativa alla castrazione, par J. MISURACA (*Rivista sperim. di freniatria e di med. legale, fasc.* 2-3, 1889).

La castration de testicules sains et fonctionnant physiologiquement ne prive pas instantanément les animaux de spermatozoïdes ; la persistance de l'activité des spermatozoïdes dépend essentiellement de l'existence ou de la non-existence de vésicules séminales, et de la continuité ou de l'intermittence de la fécondité, elle est plus longue chez le cobaye que chez le chat et le chien ; il est probable que, chez l'homme, elle persiste plusieurs jours ; il existe d'ailleurs un certain nombre d'observations cliniques dans lesquelles des sujets châtrés étaient encore capables de pratiquer un coït fécondant un certain temps après l'opération, à la condition que les testicules enlevés aient été sains ou seulement partiellement altérés. GEORGES THIBIERGE.

Dell' avvelenamento per alcool sotto il rapporto medico-legale (De l'empoisonnement par l'alcool au point de vue médico-légal), par G. RAVAGLIA (*Rivista sperimentale di freniatria, t. XV, p.* 1, 1889).

L'alcool ne fait pas partie intégrante de nos tissus à l'état normal. La putréfaction dans le cas où elle arrive d'ordinaire pour un cadavre humain ne donne naissance à aucune quantité appréciable de cette substance. La réaction de l'iodoforme que certains auteurs ont considérée comme caractéristique de l'intoxication alcoolique se produit avec beaucoup d'autres corps et surtout dans la période de putréfaction. La quantité d'alcool restée dans l'organisme au moment de la mort diminue peu à peu en même temps que le processus de la putréfaction avance, que cette putréfaction ait lieu à l'air libre, dans l'eau ou sous terre. Toute trace d'alcool ayant pénétré dans le corps pendant la vie disparaît quand le cadavre est arrivé à la phase dite de putréfaction gazeuse. On ne peut avoir la preuve certaine de l'empoisonnement par l'alcool si la mort ne survient peu d'heures après l'ingestion de cette substance. P. MARIE.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

Klinische und experimentelle Beobachtungen über die Aethernarkose, par F. FUETER (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie, XXIX, p.* 1, 1889).

L'auteur est, depuis 6 ans, chargé de l'anesthésie dans le service de Dumont à Berne et a pu faire de nombreuses observations sur la valeur comparative du chloroforme et de l'éther ; ce dernier est administré à l'aide du masque de Julliard. L'anesthésie par l'éther s'accompagne, dès le début de l'opération, d'une hyperémie cutanée intense qui a pour résultat une élévation de la température axillaire, d'une hypersécrétion des muqueuses nasale et buccale qui donne fréquemment

lieu à de la respiration stertoreuse et d'un ralentissement de la respiration qui peut aller jusqu'à l'arrêt ; mais le cœur, contrairement à ce qui se passe pour le chloroforme, continue à battre et le pouls demeure plein et régulier. En conséquence on peut admettre que si l'éther paralyse les centres respiratoires il n'agit que faiblement sur le cœur et c'est pour ce motif qu'il doit être considéré comme plus inoffensif que le chloroforme.

L'anesthésie par l'éther est en outre de plus courte durée et elle ne laisse point après elle l'état gastrique du chloroforme ; elle est toujours suivie d'un abaissement de température. — Sur 150 éthérisations chez des malades de tout âge, 86 n'ont pas eu de complications : 10 fois il y a eu des vomissements pendant, 53 fois après l'anesthésie. La période d'excitation est très longue chez les alcooliques. Quant à l'inflammabilité de l'éther, c'est un inconvénient plus théorique que réel : en tous cas on peut très bien se servir du thermo-cautère et de la lumière artificielle.

Les expériences de l'auteur sont peu nombreuses et peu probantes ; elles ont porté sur des chiens et avaient pour but de savoir si, comme l'ont prétendu les chirurgiens américains, l'éther n'entrave pas la fonction rénale. Le résultat a été négatif. DE SANTI.

Trockene Operationen (Opérations à sec), par LANDERER (*Archiv für klin. Chirurgie, XXXIX, p.* 218, 1889).

Landerer conseille, pour éviter les inconvénients et les dangers des antiseptiques liquides, d'opérer à sec, c'est-à-dire de s'abstenir de tout lavage, de toute irrigation de la plaie et de tout pansement humide. Il stérilise les instruments par la chaleur et désinfecte ses mains ainsi que le champ opératoire, mais à partir de ce moment « il ne porte pas une seule goutte de liquide dans la plaie » : Il opère en tamponnant au fur et à mesure avec des fragments de gaze sublimée ou simplement stérilisée sèche, enlève les tampons au bout de quelques instants lie les vaisseaux saignants et suture sans lavage ni drainage. — Les avantages de ce procédé sont multiples ; il évite le refroidissement du malade, il réduit l'hémorragie au minimum, préserve des accidents toxiques par résorption des liquides antiseptiques, abrège la durée de l'opération, donne des guérisons parfaites, simplifie l'appareil des pansements et n'altère pas les mains du chirurgien. Sur 90 opérations de toute sorte, laparotomies, amputations, résections, ostéotomies, castrations, amputations du sein, etc., l'auteur n'a obtenu que des succès ; aucun opéré n'a eu une température supérieure à 38°. En outre, l'absence de secrétion de la plaie et d'imbibition du pansement permet de ne renouveler celui-ci qu'à de très rares intervalles. DE SANTI.

Zur Therapie der Wundtuberculose (Traitement des plaies tuberculeuses), par MARTELL (*Wien. med. Presse, n°* 9, *p.* 340, 1889).

Les composés mercuriels sont, d'après les expériences de l'auteur, les spécifiques du virus tuberculeux. Il a traité d'abord les abcès tuberculeux et les ulcérations consécutives aux adénites tuberculeuses par la solution de sublimé à 1/2000 puis à 1/1000 ; cette médication a l'in-

convénient de provoquer de l'irritation locale et des accidents généraux.

Le précipité rouge en poudre fine fait bourgeonner activement les plaies et facilite la cicatrisation mais il suscite de vives douleurs.

Le meilleur topique est le calomel; il donne un bon aspect aux plaies et détruit le bacille tuberculeux. Chose importante, il ne provoque pas, même après plusieurs semaines, d'intoxication mercurielle. L'auteur cite quatre expériences faites pour comparer sur quatre malades l'action du calomel et celle de l'iodoforme. Les résultats du calomel ont été beaucoup meilleurs que les autres. L. GALLIARD.

I. — On Drainage in the treatment of injuries involving the floor of the cranium (Drainage dans les lésions de la base du crâne), par O.-H. ALLIS (*Annals of Surgery, p.* 40, *juillet* 1889).

II. — Plaie du crâne avec fracture. Intervention au douzième jour. Guérison, par RECLUS (*Bull. de la Soc. de chir., t. XV, p.* 109).

III. — Cerebral abscess successfully treated by trephining, par W. WRIGHT (*New York med. record*, 317, 21 *septembre* 1889).

IV. — Fracture longitudinale de la voûte du crâne sans enfoncement, accidents cérébraux consécutifs; trépanation; encéphalocèle, guérison, par Paul BERGER (*France médicale*, 24 *novembre* 1888).

I. — G. C..., 21 ans, fait une chute de 30 pieds de hauteur. Au-dessus de l'œil droit, plaie laissant voir une fracture avec enfoncement du crâne, et issue de substance cérébrale au dehors. Des fragments de la table externe et de l'interne sont extraits : une fissure large de 1/4 de pouce part de la plaie osseuse et se prolonge dans la lame horizontale du frontal, jusqu'à la lame criblée de l'ethmoïde. Un poinçon étroit est introduit par la narine droite poussé à travers la lame criblée, sur le doigt qui est resté dans la cavité crânienne et sert de guide; un drain est introduit par la narine, affleurant la lame criblée, puis un second drain introduit par la même narine vient ressortir par la lame frontale.

L'état du blessé, très grave au début, s'améliora rapidement, les tubes furent successivement retirés, et 2 mois après la chute le blessé était entièrement guéri. MAUBRAC.

II. — Homme de 31 ans, fait, en passant à travers une vitre, une chute du 3e étage. Apporté à l'hôpital dans le coma; plaie derrière l'oreille; désinfection et occlusion. Au bout de 4 jours le coma fait place à de l'agitation et à du délire. Le 8e jour, accès épileptiformes.

Incision en volet au niveau de la plaie qui avait été formée. Extraction de quatre fragments osseux mobiles; épanchement sanguin considérable dû à la déchirure du sinus latéral. Nettoyage, tamponnement à la gaze iodoformée, suture du lambeau. Guérison rapide. C. WALTHER.

III. — Un homme arrive à l'hôpital après avoir passé six semaines en prison; durant son incarcération il a eu une attaque de delirium tremens pendant laquelle il s'est frappé la tête contre les parois de sa cellule.

On constate le 4 juin une infiltration purulente de tout le cuir chevelu avec quatre fistules purulentes. Maux de tête qui diminuent par la suite sous l'influence d'irrigations au sublimé à 1/2000 dans les trajets fistuleux.

Jusqu'au 6 juillet il se plaint de faiblesse dans le bras droit; jusqu'au 18, il a de petites attaques d'aphasie transitoire; ce jour, état comateux, le bras, la jambe et le côté droit de la face sont parésiés, pouls 40 à 45. Trépanation

suivant la méthode de Just Championnière ; il s'écoule 10 drachmes de pus. Lavage et drainage, retour des mouvements, guérison complète et rapide.

P. DUFLOCQ.

IV. — Le malade, qui était entré à l'hôpital avec une hémiplégie droite complète et une aphasie motrice, ne présentait ni plaie du cuir chevelu, ni enfoncement du crâne apparent. En présence de l'aggravation des phénomènes et de l'apparition d'accidents épileptiformes, P. Berger pratique la trépanation. Il n'y a pas d'enfoncement, mais au-dessous d'une fracture longitudinale fort étendue existe un énorme foyer d'attrition cérébrale où le doigt pénètre à plus de 4 centimètres de profondeur et qui est plein de caillots. Après l'avoir évacué, on le draine avec une bandelette de gaze au salol. Les jours suivants, tous les phénomènes d'excitation ont disparu, mais il se fait, par la plaie, une encéphalocèle qui dépasse bientôt le volume d'une grosse noix. Celle-ci s'élimine en partie, et l'on peut alors constater qu'elle est exclusivement constituée par de la névroglie. Le malade guérit de son aphasie, mais il conserva de la parésie du membre supérieur droit.

Cette observation est intéressante en raison de la disparition presque complète de la paralysie qui s'est opérée malgré l'énormité de la destruction cérébrale, et par la constatation des caractères anatomiques de l'encéphalocèle post-opératoire.

A. C.

Removal of accessory limb and meningocele (Ablation d'une méningocèle avec membre surnuméraire), par Robert JONES et Charles LARKIN (*British med. Journal*, 10 *août* 1889).

Enfant de 4 mois portant à la partie postérieure du cou une tumeur congénitale du volume d'une petite noix de coco; elle était attachée par une large base au niveau du bord supérieur des omoplates. En haut, se voyait une fossette formée par la peau rétractée, et en bas, un prolongement ressemblant à un avant-bras, terminé par trois doigts, très bien formés, possédant même des ongles. Dans ce membre on reconnaissait par la palpation la présence d'os qui paraissaient répondre au coude, à l'humérus, peut-être même à l'omoplate. L'histoire de la famille était fort intéressante : une tante avait sur le côté gauche de l'index un doigt surnuméraire; un oncle a succombé dans l'enfance à la suite d'une opération sur un spina-bifida lombaire.

L'opération consista en une incision ovalaire, laissant juste assez de peau pour former des lambeaux. La tumeur fut trouvée en connexion avec le canal vertébral; le sac du spina-bifida fut ouvert et il s'en écoula en abondance du liquide céphalo-rachidien. On arrêta avec peine cet écoulement au moyen d'une ligature. Un épais cordon nerveux qui semblait presque une bifurcation de la moelle fut divisé. On vit alors que les lames et les apophyses épineuses des deux dernières cervicales et des deux premières dorsales faisaient défaut, et qu'une fissure étroite existait dans la colonne vertébrale à ce niveau.

L'enfant succomba 56 heures après l'opération.

La tumeur se composait de deux parties : une supérieure, ovalaire, répondant à la méningocèle, et une inférieure, plus petite, ressemblant à un membre, et libre dans une étendue de 4 centimètres.

Portion supérieure. — La surface par laquelle elle était adhérente était constituée dans la plus grande partie de son étendue par de la graisse; mais un peu au-dessus de son centre se trouvait un orifice conduisant dans la cavité de la méningocèle.

Portion inférieure. — Elle présentait un appendice ressemblant tout à fait à une main, portant trois doigts, dont un rudimentaire. Le squelette se composait d'un omoplate et d'un os coracoïdien s'articulant avec lui, d'un humérus articulé en haut avec l'omoplate, en bas avec les cartilages du carpe.

Le cartilage du carpe s'articulait lui-même avec deux métacarpiens et trois phalanges. Le doigt rudimentaire possédait seulement une petite pièce de cartilage ovalaire. Les faces non articulaires de l'omoplate et de l'os coracoïdien étaient recouvertes de quelques fibres musculaires, les seules que possédât la tumeur. Les vaisseaux sanguins ne paraissaient présenter aucun arrangement régulier. Dans les parois de la méningocèle étaient contenus de nombreux faisceaux nerveux, qui se réunissaient à la périphérie en 4 branches, formant elles-mêmes un tronc volumineux passant entre l'omoplate et l'os coracoïdien. Vis-à-vis le cartilage carpien ce tronc nerveux se divisait en branches fournissant des filets aux doigts. E. KIRMISSON.

I. — Two cases of spinal surgery, par F. DERCUM et J. WHITE (*Annals of Surgery, p.* 424, *juin* 1889).

II. — The surgery of the spine, par William WHITE (*Ibidem, juillet* 1889).

III. — Caries of vertebrœ, angular curvature, recent paraplegia, resection of laminœ, recovery, par H. THOMPSON (*Lancet*, 17 *août* 1889).

I. — 1° En décembre 1887, C. K..., âgé de 53 ans, fut pris de douleurs vives dans les bras et les épaules ; 3 ou 4 jours après, les membres inférieurs étaient devenus faibles, et au bout de 8 jours la paralysie était complète ; puis apparurent au niveau des mamelons des douleurs qui bientôt devinrent très vives.

En octobre 1888, la paraplégie est complète, et tous les muscles jusqu'au 4e ou 5e nerf intercostal sont paralysés : le patient garde le lit depuis 10 mois. L'analgésie coexiste avec la paralysie et cesse brusquement au niveau de la 2e côte ; à ce niveau, douleur en cercle toujours très intense. La percussion, la pression, les mouvements des 3e et 4e vertèbres dorsales étant très douloureux, White enlève, le 8 octobre, l'apophyse épineuse et les lames de la 5e dorsale, puis les mêmes parties des 4e, 3e, 2e et 1re dorsales. La dure-mère indurée, épaissie, est incisée sur une étendue de 4 pouces ; sa face interne est libérée d'adhérences connectives qui l'unissent à la pie-mère ; on ne touche pas à la moelle qui paraît saine.

Le patient se releva bien de l'opération. La sensibilité puis la motilité revinrent progressivement dans les membres, en même temps que disparut la douleur de la poitrine : les sphincters se contractent volontairement. Cette amélioration persistait en avril, la dernière fois que le malade a été revu.

2° Un Irlandais de 23 ans, il y a 16 mois, a ressenti dans le dos des douleurs s'irradiant le long des fausses côtes. Ces douleurs ont augmenté, en même temps que les membres inférieurs devenaient de plus en plus faibles, au point qu'au bout de 4 mois la paralysie était complète.

Sur le sommet des 10 et 11e vertèbres dorsales existe une petite tuméfaction qu'on croit tuberculeuse.

Le 12 décembre 1888, White résèque les épines et les arcs des 9e, 10e et 11e vertèbres dorsales ; aucune lésion n'étant apparente, on ne toucha pas à la dure-mère. Mort au bout de 30 heures.

Dans la substance grise de la moelle, infiltration hémorragique étendue et récente, ramollissement rouge, globules à peine dégénérés. — La mort paraît due au choc, peut-être à l'éther employé pour une anesthésie prolongée chez un patient dont les poumons étaient adhérents et infiltrés de tubercules, le cœur dégénéré et les reins amyloïdes. MAUBRAC.

II. — Etude d'ensemble de la chirurgie de la colonne vertébrale dans le cas de traumatisme, de carie et de néoplasmes.

En relevant les opérations pratiquées pour traumatisme on trouve 53 résections pour fractures ou luxations. Chez 21 malades on a trouvé

seulement une fracture des lames, des apophyses, et les autopsies montrent également que ce sont les lames qui sont le plus fréquemment l'agent de compression de la moelle — ce qui est très favorable pour l'intervention : d'ailleurs si la compression est due au déplacement en arrière du corps vertébral, cette compression pourra être levée par la résection des lames correspondantes, et si la moelle n'a pas été dilacérée, la guérison sera possible. L'opération n'est ni dangereuse ni très difficile : en considérant les 13 opérations plus récentes pratiquées avec l'antisepsie, on relève 3 guérisons complètes, 2 guérisons dans l'opération avec amélioration, sept guérisons sans amélioration, et une seule mort.

Le second groupe comprend les cas dans lesquels la compression de la paralysie est due à du pus, aux vertèbres cariées. Dix opérations pratiquées pour carie donnent 3 guérisons complètes, 4 guérisons sans amélioration et 3 morts, dont une 8 mois après l'opération. La paralysie du mal de Pott, due parfois à une myélite transverse, à une dégénération irrémédiable, à la pression par des vertèbres déplacées, reconnaît plus souvent pour cause la pachyméningite externe, d'où l'indication de : 1° évacuer le pus partout où il est accessible ; 2° appliquer un corset avec extension, et si ces moyens ne réussissent pas, recourir à la résection.

L'intervention en cas de néoplasme nécessitant la précision du diagnostic, White s'applique à donner en tableau les signes différentiels des tumeurs, hémorragie spinale, carie et pachyméningite externes, pachyméningite interne cervicale, myélite chronique transversale, sclérose primitive latérale : comme conclusion, toute tumeur spinale qu'on ne suppose point maligne ou généralisée doit être considérée comme pouvant être opérée, sans qu'il y ait lieu d'être arrêté par l'intensité des symptômes de compression ou la longue durée de ces accidents.

L'auteur décrit ensuite le procédé opératoire. MAUBRAC.

III. — Enfant de seize ans, malade depuis six ans déjà et ayant eu au début de son affection une première attaque de paraplégie qui a disparu spontanément au bout de trois semaines. La déviation angulaire siège à l'union de la partie cervicale et dorsale de la colonne; la nouvelle paraplégie porte sur les membres inférieurs, les muscles de l'abdomen et du thorax et atteint partiellement les muscles du bras, en particulier ceux de l'épaule. — La respiration presque uniquement diaphragmatique devenant de plus en plus difficile par suite du développement d'une tympanite énorme, Thompson se décide à enlever les apophyses épineuses et les lames de la première cervicale et des deux premières dorsales. La dure-mère n'est pas enflammée; aussitôt après l'ablation osseuse elle reste immobile mais les battements reparaissent au bout de quelques minutes. — Le tympanisme diminua très vite après l'opération; la cicatrisation de la plaie opératoire fut très rapide. Le malade commence à se tenir debout. A. F. PLICQUE.

Ueber die temporäre Resection des Unterkiefers (Résection temporaire du maxillaire inférieur), par CBALINSKI (*Wien. med. Presse*, *n°* 9, *p.* 337, 1889).

Pour atteindre le nerf maxillaire inférieur, l'auteur a modifié le procédé de Mikulicz. Il sectionne les parties molles suivant une ligne qui commence à 3 centimètres au-dessus de l'angle du maxillaire et qui finit à 3 centimètres au-dessous. Il scie l'os au-dessous du périoste, mais en arrière du masséter au lieu de le faire en avant, ou plutôt en refoulant

ses faisceaux postérieurs. Il donne au trait de scie une direction horizontale.

Il a appliqué sa méthode à un homme de 48 ans qui depuis 2 ans souffrait de névralgies intolérables. Il n'a pas eu besoin de réséquer le tronc même du nerf maxillaire inférieur, mais seulement le dentaire inférieur; après ligature de l'artère adjacente à ce nerf, il a suturé avec des fils d'argent les deux fragments osseux, puis réuni les parties molles sans drainage. Réunion par première intention.

Les douleurs ont disparu complètement au bout de 3 jours. L'opéré est absolument guéri. L. GALLIARD.

Fistula Colli congenita, par KOSLOWSKY (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol., Band CXV, Heft* 3).

Koslowsky décrit le cas d'une fistule congénitale complète du cou sur un sujet de 21 ans, atteint de diverses malformations de l'oreille moyenne et externe. Elle siégeait à gauche au niveau du cartilage thyroïde, sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. La fistule admettait une sonde de 1^{mm}; en y injectant un liquide, on le voyait pénétrer dans le pharynx. Le même sujet présentait sur le côté droit du cou, au point homologue de la fistule gauche, une saillie rougeâtre de la peau. Au toucher, Koslowky sentit, en cet endroit, à travers la peau, un cordon de consistance ferme se dirigeant en haut. La palpation permit d'établir que ce cordon n'était pas constitué par du tissu osseux, comme dans les cas de Heusinger et Manz.

Koslowky pense que ces anomalies proviennent d'un vice de développement des arcs branchiaux. ED. RETTERER.

Blutcyste der seitlichen Halsgegend (Kyste sanguin de la région latérale du cou), par F. FRANKE (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXVIII, p.* 411, 1888).

Enfant de 18 mois, porteur depuis six semaines d'une tumeur au cou, du volume d'un œuf de poule. Cette tumeur lentement développée, peu mobile, non pulsatile, mais fluctuante, n'est pas modifiée par les efforts de toux : elle siège du côté droit du larynx, en avant des vaisseaux carotidiens et en dedans du bord antérieur du sterno-mastoïdien. Ponction exploratrice : on diagnostique un kyste sanguin. Opération par une incision sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien ; la dissection de la poche, d'épaisseur très irrégulière, est longue et laborieuse et met à nu les vaisseaux carotidiens, cependant intacts. On s'aperçoit alors que la veine faciale commune est remplacée par un rameau anastomotique et que la veine faciale antérieure s'abouche dans la jugulaire antérieure. Le sac lui-même montre, à l'examen histologique, une structure analogue à celle des veines, avec des faisceaux de fibres musculaires lisses qui cloisonnent sa paroi interne à la façon des piliers du cœur; l'endothélium a disparu; dans l'épaisseur des piliers et de la paroi même on trouve en outre de nombreux vaisseaux dilatés présentant l'aspect de la télangiectasie, avec de petits pelotons graisseux. Le sang du kyste est complètement fluide, d'où on peut inférer qu'il communiquait avec la circulation, mais il est impossible de trouver cette communication.

L'auteur admet, comme pathogénie de cette tumeur, l'hypothèse d'un angiome caverneux profond, peut-être en relation avec la fente branchiale, mais il ne repousse pas absolument la possibilité d'une autre origine, telle qu'une varice, une transformation kystique d'une veine ou la transformation d'un lymphangiome.

A l'occasion de ce fait, Franke passe en revue les observations déjà publiées de kystes sanguins, en particulier de la région latérale du cou, dont il a réuni 26 cas. Son travail peut être considéré comme une bonne revue critique de la question et, à ce point de vue, est destiné à faciliter les recherches ultérieures. DE SANTI.

Des kystes du corps thyroïde. De leur traitement par l'énucléation, par Edouard SCHWARTZ (*Rev. de Chir.*, *p.* 988, 1888).

Il est très important au point de vue clinique de distinguer les kystes séreux et séro-hématiques, les kystes hématiques, enfin les kystes enflammés et suppurés. Les liquides sanguins, plus ou moins modifiés, indiquent le plus souvent une paroi épaisse inapte à revenir sur elle-même après l'évacuation de son contenu. Il faut encore tenir compte de la forme anatomique : kyste uniloculaire ou multiloculaire, aréolaire, kyste isolé, superficiel ou caché dans l'épaisseur du corps thyroïde, etc.

Les injections interstitielles de teinture d'iode ne sont indiquées que dans les cas de kystes récents, petits et uniloculaires.

L'incision avec drainage antiseptique, l'électrolyse, exigent un traitement de longue durée et leur application peut être traversée par des accidents qui ne laissent pas que d'être d'une certaine gravité.

Pour les kystes un peu volumineux, surtout ceux à parois épaisses, l'opération de choix est l'extirpation.

Pour cette énucléation, l'incision variable dans sa forme, verticale ou en V, doit être faite jusque sur la capsule. Celle-ci ensuite incisée, la paroi du kyste peut être superficielle ou profondément cachée dans le tissu thyroïdien; dans ce dernier cas, pour ne pas s'égarer, il faut aller directement avec le bistouri jusque sur la paroi kystique; l'énucléation est faite avec les doigts ou un instrument mousse. Si le kyste est très tendu et à parois minces on peut l'évacuer par une ponction aspiratrice pour faciliter le décollement. Ce décollement n'est réellement difficile que dans les cas où le corps thyroïde est enflammé. Quand le kyste est très volumineux, on arrive à faire une véritable thyroïdectomie sous-capsulaire et on doit lier les pédicules constituées par les artères et les veines thyroïdiennes.

Schwartz rapporte 5 observations d'énucléation de kystes thyroïdiens et 1 observation d'incision avec drainage antiseptique; dans cette dernière, la guérison ne fut obtenue qu'au bout de 3 mois, tandis qu'après l'énucléation la guérison a été complète en 36, 30, 28, 22 et 19 jours.

C. WALTHER.

I. — A study of acute infectious processes in bone (De l'infection aiguë des os, ostéomyélite aiguë), par Roswell PARK (*Americ. j. of the med. sc.*, *p.* 9, 1889).

II. — Deux cas d'ostéomyélite infectieuse ayant comme portes d'entrée : l'un une lymphangite d'origine traumatique, l'autre une blennorragie ancienne, par CAUCHOIS (*Normand. méd.*, 15 *septembre* 1889).

I. — L'infection aiguë des os n'est pas due à un microbe spécifique ; rarement elle est causée par le staphylocoque, elle peut l'être exceptionnellement par le streptocoque, elle peut l'être aussi par le bacille tuberculeux et le microbe typhique.

Le plus fréquemment on a affaire à une infection mixte, dans laquelle les cocci pyogéniques sont les agents de destruction actifs, et de tous le staphylococcus aureus est le plus dangereux.

Les portes d'entrée d'infection peuvent être les oreilles, les yeux, le nez, la bouche, le pharynx, les voies aériennes, la muqueuse du tube digestif, la peau; souvent même on peut ne trouver aucune solution de continuité du tégument externe ou interne. Un phlegmon sous-cutané peut être la seule lésion, parfois très légère.

L'infection peut remonter à une date antérieure éloignée. Les staphylocoques et les bacilles tuberculeux ont la propriété de séjourner dans l'organisme et d'y demeurer à l'état latent presque d'une manière indéfinie.

Quelques conditions favorisent l'entrée des parasites infectieux, mettent l'organisme en état de réceptivité ou déterminent sa localisation en telle ou telle région. Ce sont souvent des états diathésiques, tels que la tuberculose, ou une dyscrasie comme la syphilis, ou une affection fébrile antérieure. L'âge joue un rôle important, la jeunesse ou l'enfance. Les localisations peuvent être déterminées par la situation de l'os, un lieu de moindre résistance, un choc ou un traumatisme violent.

L'auteur fait l'histoire de l'ostéomyélite aiguë et termine en insistant sur la nécessité d'une intervention rapide et radicale. F. VERCHÈRE.

II. — Dans le premier cas, il s'agit d'un jeune ouvrier de 21 ans, d'une santé assez débile et fortement surmené, qui, consécutivement à une plaie du gros orteil, est atteint d'une lymphangite du pied et de la jambe. Le malade en guérit, il est vrai; mais quelques jours après il tombe sur le genou, qui devient rapidement le siège de vives douleurs et de gonflement; une arthrite se déclare, et les signes de la suppuration apparaissent malgré l'arthrotomie et le drainage; des décollements se font du côté de la jambe et de la cuisse, et l'on est forcé de recourir à l'amputation à la partie moyenne de la cuisse, au-dessus du décollement du fémur. On constate alors que le canal médullaire du segment supérieur de cet os contient du pus; après l'avoir curé, écouvillonné et rempli d'iodoforme, la cicatrisation se fait avec un bon moignon, quoique la suppuration l'ait un peu retardée.

Le second fait concerne un homme de 25 ans, atteint d'un écoulement blennorragique; à la suite de fatigues et de surmenage, il est pris d'une arthrite suppurée pour laquelle on pratique d'abord l'arthrotomie, et quelques jours après l'amputation de la cuisse devient nécessaire, les symptômes de pyohémie étant manifestes. Malgré l'apparition d'abcès métastatiques sur différents points du corps et d'une pleurésie, la guérison survint; mais l'on fut obligé de réséquer le moignon, qui, à cause de la suppuration, était devenu conique. OZENNE.

L'apophyse sus-épitrochléenne considérée au point de vue chirurgical, par L. TESTUT, rapport par POZZI (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, *t. XV*, *n°* 5, *p.* 330).

L'exostose particulière siégeant entre le brachial antérieur et le bord interne du triceps, décrite par Poulet, d'après 6 cas observés par lui, n'est autre chose que l'apophyse sus-épitrochléenne (processus supra condyloïdeus internus humeris des Anglais et des Allemands).

Elle est l'homologue du canal osseux sus-épitrocléen qui existe chez le saï, le magot, les lémuriens, le lion, le tigre, etc.

L'apparition chez l'homme d'une apophyse sus-épitrocléenne s'ac-

compagne de l'extension en haut du muscle rond pronateur qui recouvre alors complètement l'artère humérale.

De plus, de l'apophyse part une bandelette fibreuse qui va s'attacher à l'épitrochlée et circonscrit avec le corps de l'humérus un canal ostéo-fibreux comparable à l'anneau osseux des mammifères. Comme lui il donne passage soit au nerf médian seul, soit le plus souvent au nerf et à une artère (l'humérale ou la cubitale en cas de bifurcation prématurée). Ces anomalies sont très importantes au point de vue pratique, et Testut résume ainsi la conduite à tenir quand avant la ligature on a reconnu l'existence de l'apophyse épitrochléenne :

1er cas. Après l'incision de l'aponévrose, on ne voit pas d'artère. Il faut alors reconnaître le bord interne du rond pronateur, le soulever et l'inciser : l'artère est sous le muscle.

2e cas. Après l'incision de l'aponévrose, on trouve une artère plus petite que l'humérale. C'est la radiale qu'il faut lier tout d'abord, puis on recherchera la cubitale qui seule passe par l'anneau, comme dans le cas précédent sous le rond pronateur. C. WALTHER.

On the healing of aseptic bone cavities by implantation of antiseptic decalcifield bone (De la guérison des cavités osseuses antiseptiques par l'implantation d'os décalcifiés aseptiques), par SENN (*American j. of the med. sc.*, *p.* 219, *septembre* 1889).

L'auteur termine son très intéressant mémoire par les conclusions suivantes :

L'os décalcifié aseptique est le meilleur procédé pour amener une prompte constitution des pertes de substance osseuse. Il est préférable au caillot sanguin de Schede. Il est non seulement parfaitement aseptique, mais encore un très puissant antiseptique. Implanter un disque ou une plaque d'os décalcifié antiseptique dans une perte de substance du crâne, c'est employer un hémostatique puissant pour arrêter le sang s'écoulant de la plaie, remplacer momentanément la perte de substance osseuse, prévenir l'adhérence possible entre les méninges et les téguments péricrâniens, enfin mettre les bords de la perte de substance dans les meilleures conditions pour refaire le nouvel os et fermer définitivement par une paroi solide et résistante la perte de substance créée.

Le tamponnement d'une cavité osseuse aseptique avec des fragments d'os décalcifiés antiseptiques naturellement arrête l'écoulement du sang et exerce une influence salutaire en empêchant l'infection par les microbes du pus qui peuvent être restés à la surface de la plaie ou dans les tissus.

On peut, après l'implantation d'os décalcifié, faire un drainage capillaire avec un drain résorbable afin d'empêcher l'accumulation dans la plaie de plus de sang qu'il n'est nécessaire pour former une sorte de substance temporaire chargée de faire trait d'union entre les débris d'os et les parois de la cavité osseuse ou les tissus environnants.

Dans le traitement d'une cavité osseuse aseptique par implantations de débris d'os décalcifiés antiseptiques, le tamponnement doit réaliser toutes les conditions de l'antisepsie la plus absolue et fournit le meilleur milieu pour l'apparition et le développement des tissus, où se fait le processus de régénération débutant dès le traumatisme.

On peut aussi faire une implantation secondaire, dans le cas de cavités osseuses suppurées, mais alors il faut attendre la disparition de toute suppuration et la transformation de la plaie septique en une plaie parfaitement aseptique. F. VERCHÈRE.

A unique case of fractured exostosis, par Thomas H. MANLEY (*Lancet*, 28 *septembre* 1889).

Jeune homme de 19 ans qui, depuis un an, ressentait des douleurs dans la jambe gauche, quand il fut pris de faiblesse pendant son travail et dut garder le lit. Des frissons se montrèrent et, au bout de seize jours, le malade entra à l'hôpital. Il avait de la fièvre et un gonflement considérable du membre inférieur, une ponction démontra l'existence du pus. Une incision fut pratiquée au niveau du sommet du triangle de Scarpa, et, pénétrant dans la profondeur le long du bord interne du couturier, on sentit une masse osseuse légèrement mobile au-devant du pubis. Quelques jours après, des signes de pyohémie s'étant montrés, on entreprit d'extraire cette masse osseuse.

L'incision première fut prolongée par en haut jusqu'au niveau de l'insertion supérieure du couturier ; le psoas fut divisé, et l'on arriva sur un os dénudé qu'on put extraire et qui parut être le pubis lui-même. Le cinquième jour, le malade succomba aux progrès de la pyohémie.

L'autopsie montra que le pubis du côté opéré était intact. Mais au-devant de lui, et au-dessous de la cavité cotyloïde, on voyait un pédicule osseux dépourvu de périoste, d'où s'était manifestement détachée l'exostose.

L'auteur se demande s'il ne s'agit pas là d'une formation anormale d'un double pubis, analogue aux doigts et aux organes surnuméraires.

E. KIRMISSON.

I. — Fractures intra-utérines, par Jules VILCOQ (*Thèse de Paris*, *n°* 62, 1888).

II. — Contribution à l'étude des fractures de l'épitrochlée, par L. FALLIER (*Thèse de Paris*, *n°* 284, 1889).

III. — Etude sur les fractures de l'extrémité supérieure du bras, par Hector DECAMPS (*Thèse de Paris*, *n°* 70, 1888).

IV. — Fracture itérative de la rotule. Suture des fragments. Guérison, par KIRMISSON (*Bullet. et mém. de la Soc. de chir.*, *t. XV*, *n°* 4, *p.* 275).

V. — Separation of the lower epiphysis of the femur, par Mayo ROBSON (*Annales of Surgery*, *février* 1889).

VI. — Treatment of fractures of the neck (col) of the femur by immediate reduction and permanent fixation (8 obs.), par N. SENN (*Journ. of Americ. Assoc.*, *p.* 150, 3 *août* 1889).

I. — Les plus fréquentes des fractures intra-utérines sont celles de la jambe. Elles sont souvent associées à des malformations diverses siégeant principalement sur le membre malade. L'absence complète ou partielle du péroné est un des caractères les plus constants et les plus intéressants de leur histoire.

Les fractures intra-utérines présentent la plus grande analogie avec les fractures de l'adulte; la guérison dans l'utérus est un fait indiscutable.

Au point de vue étiologique on peut diviser ces fractures en :

Fractures traumatiques qui se montrent le plus souvent dans la seconde

moitié de la grossesse ; l'avortement n'est pas fatal après le traumatisme; la grossesse arrive, au contraire, le plus souvent à terme. Possibilité de fracture du crâne, fait très important pour la médecine légale.

Fractures avec arrêts de développement ou vices de conformation. On trouve encore souvent dans ces cas un traumatisme. Les rapports entre ce traumatisme et les malformations ne sont qu'à l'état d'hypothèse.

Les fractures syphilitiques semblent ne pas exister d'après Vilcoq, qui rapporte à des décollements épiphysaires les observations données comme exemples de fractures.

Les fractures dites spontanées dans lesquelles les altérations osseuses jouent un rôle très important, comprennent le groupe des fractures rachitiques qui constituent un type nosologique bien distinct.

Le traitement chirurgical (ostéotomie, ostéoclasie, ténotomie) atténue notablement la gravité du pronostic des fractures intra-utérines au point de vue fonctionnel. C. WALTHER.

II. — L'auteur montre par des observations inédites et par l'étude des observations déjà publiées que :

1° Les fractures de l'épitrochlée s'observent presque exclusivement dans le sexe masculin;

2° La fracture de l'épitrochlée avec luxation du coude est aussi souvent indirecte que directe; quand elle est indirecte, elle est en général le résultat d'un arrachement par le ligament latéral interne du coude, et la fracture doit être alors considérée comme une complication de la luxation;

3° Dans les cas rares où la fracture, encore indirecte, sera due à un arrachement musculaire, c'est, au contraire, la luxation qui devra être dite complication de la fracture;

4° Il existe une variété de fracture de l'épitrochlée dans laquelle le trait de fracture, en partie transversal, intéresse seulement la base et les bords interne et inférieur de l'apophyse, sans en atteindre le bord supérieur. Fallier donne à cette variété le nom de fracture en coin;

5° Quand on est en présence d'une luxation d'un coude, il est nécessaire de bien s'assurer de l'intégrité du bord interne de l'épitrochlée, avant de conclure à l'absence d'une fracture de cette apophyse ;

6° L'adjonction d'une fracture de l'épitrochlée aggrave d'autant plus le pronostic d'une luxation du coude, que le diagnostic de cette fracture est fait plus tardivement après la réduction de la luxation;

7° Lorsque la fracture de l'épitrochlée n'a pas été réduite, elle prédispose à la reproduction de la luxation;

8° Le traumatisme peut être compliqué soit du fait de la fracture, soit du fait de la luxation, de troubles dans la zone d'innervation du nerf cubital. C. WALTHER.

III. — Decamps analyse dans ce travail 37 observations, presque toutes inédites; les fractures ont été le plus souvent observées au-dessus de 50 ans et chez des hommes. La description des ecchymoses tardives apparaissant en des points éloignés, aux régions brachiale, pectorale, scapulaire, iliaque, concorde absolument avec celle donnée par Hennequin.

Les pseudarthroses sont extrêmement rares au niveau du tiers supérieur de l'humérus.

Le col chirurgical présente deux points faibles : 1° entre la base des trochanters et les insertions du grand pectoral et du grand dorsal; 2° entre ces insertions et l'attache du deltoïde.

D'après les observations de Decamps, les fractures du col chirurgical sont plus fréquentes que celles du col anatomique. Le trait de fracture dans les deux variétés se confond au dedans jusqu'à 2 centimètres au-dessous des tubérosités.

Une fracture du col chirurgical peut être intra-capsulaire en dedans et extra-capsulaire en dehors, si elle siège à moins de 2 centimètres des tubérosités. La fracture du col chirurgical n'est complètement extra-articulaire qu'à 2 centimètres au-dessous des tubérosités.

Au point de vue du déplacement et du traitement, les fractures du col chirurgical doivent être divisées en : horizontales, à ligne brisée et oblique. Le minimum de déplacement appartient aux fractures horizontales, à ligne brisée, le maximum aux fractures obliques. Le plus souvent le fragment inférieur est porté en haut, en dedans et en avant, et se rapproche plus ou moins de l'apophyse coracoïde. Le fragment supérieur subit un mouvement de rotation et se trouve porté en dehors d'abord, puis en arrière ou en dedans.

Dans la fracture du col anatomique, le trait dépasse souvent les limites de l'insertion de la synoviale; cette fracture toujours intra-capsulaire peut être en même temps extra-capsulaire.

Le fragment supérieur est légèrement porté en dedans et difficile à trouver; le fragment inférieur a son extrémité supérieure portée en dehors sous forme d'une saillie.

Le diagnostic est possible entre les fractures du col anatomique et celles du col chirurgical. Si le déplacement se réduit facilement et sans déplacement secondaire, un simple appareil de contention suffit. Si la réduction ne se maintient pas, il n'y a que l'extension qui puisse la faire. L'appareil plâtré de Hennequin répond admirablement à toutes les indications du traitement. C. WALTHER.

IV. — Homme de 30 ans. Fracture itérative de la rotule gauche, deux mois et demi après la première fracture, qui était guérie avec un cal fibreux de 1 centimètre 1/2.

Gonflement considérable. 3 centimètres 1/2 d'écartement.

Kirmisson fait l'arthrotomie. Déchirure du cal fibreux rendant sous-cutané l'épanchement articulaire. Ablation du sang et des caillots. Nettoyage soigneux. Avivement des fragments avec l'ostéotome de Macewen. Suture avec deux fils d'argent coupés ras. Drain au-devant de la rotule. Suture de la peau au crin de Florence. Pansement iodoformé. Gouttière plâtrée.

Suppression de la gouttière le 16e jour. Le malade se lève le 32e jour.

Au 46e jour, marche sans aucun soutien. Mouvements de flexion assez étendus. C. WALTHER.

V. — L'auteur a observé le cas suivant : Un jeune homme de 16 ans fut amené à l'hôpital le 29 décembre 1885. 32 jours auparavant, il avait reçu, au côté externe du genou gauche, un coup de pied d'un cheval non ferré. Il avait été renversé et n'avait pu se relever. Il y avait un gonflement considérable avec fluctuation autour du genou. Le pied et la jambe, dans la rotation en dehors, étaient considérablement œdématiés.

On ne sentait aucune pulsation dans les artères tibiales antérieure et pos-

térieure; la circulation était arrêtée par la compression exercée sur les vaisseaux poplités par l'extrémité inférieure du fragment supérieur qui tendait la peau dans le creux poplité. La jambe et le pied étaient tout à fait engourdis, et le malade accusait de violentes douleurs, quand on faisait des tentatives de mouvement. Le membre était dans la demi-flexion et ne pouvait être amené en extension, même au prix de grandes douleurs.

Une dépression marquée existait immédiatement au-dessus de la rotule, et au-dessous de ce point déprimé on sentait une masse mobile avec des bords arrondis. La tête du tibia et celle du péroné paraissaient normales. Le membre était raccourci de 1 pouce 1/4 environ.

On fit le diagnostic de disjonction de l'épiphyse inférieure du fémur. Le malade fut éthérisé, et le membre fut mis dans la flexion complète par un aide, tandis qu'un autre aide entourait avec ses mains l'extrémité inférieure du fémur, la portant en avant. L'épiphyse fut alors ramenée dans sa position normale, et le membre étendu. Une première tentative échoua, mais la seconde réussit complètement. Immédiatement le membre reprit sa longueur normale et les pulsations reparurent dans les artères tibiales, et les veines se vidèrent; la sensibilité se rétablit dans le membre en quelques heures. Le 10 février, la consolidation était faite. Le malade recouvra l'intégrité des fonctions du membre.

En dehors du cas précédent, l'auteur en a vu, dans ces dernières années, deux autres traités par ses collègues. Dans l'un, le gonflement était tel que le diagnostic ne put être fait qu'au bout de 15 jours; la réduction fut tentée, mais elle échoua, et l'on dut faire la résection pour supprimer la compression des vaisseaux. Dans l'autre cas, diagnostiqué de bonne heure, la réduction fut obtenue facilement, et le résultat définitif fut très satisfaisant. E. KIRMISSON.

VI. — Dans les fractures du col du fémur, s'il est peu important de faire une distinction entre les fractures intra ou extra-capsulaires, il y a lieu de tenir le plus grand compte de l'engagement des fragments.

Une fracture avec engrènement du col du fémur s'unira par un cal osseux, si rien ne sépare les fragments et si un appareil les maintient un temps suffisant; aussi le plus souvent a-t-on tout avantage à fixer d'une manière permanente dans la position qu'a déterminée l'accident une fracture dont les fragments sont engrenés. En ce cas, on appliquera un appareil de fixation en plâtre, enveloppant le membre fracturé, le bassin tout entier, le membre sain jusqu'au genou : on incorpore dans l'appareil une attelle qui le renforce, une vis à pelote permet de transmettre à travers une fenêtre une pression sur le grand trochanter, exercée dans l'axe du col brisé, réglée chaque jour et assurant ainsi la coaptation permanente des deux fragments.

Les fractures avec séparation des fragments intra- ou extra-capsulaires seront traitées par la réduction immédiate et la fixation permanente pour placer les fragments dans les mêmes conditions que dans le cas précédent. La réduction est facilement effectuée par l'auto-extension et les tractions sur le membre, lorsque le patient est dans la station debout, le poids du corps portant tout entier sur le membre sain.

Un seul appareil suffit et doit rester en place de 80 à 100 jours; l'usage du membre ne sera permis que du 4e au 6e mois.

L'appareil de Senn facilite en même temps tout déplacement du malade et évite les conséquences du décubitus.

Huit observations dans lesquelles ce mode de traitement a donné d'excellents résultats. MAUBRAC.

I. — Costochondral luxation of first to sixth ribs backward, par A. BRADLEY (*New York med. record, p.* 202, 24 *août* 1889).

II. — Typische Dorsalluxation des Daumens (Luxation du pouce en arrière) par LAUENSTEIN (*Deutsche med. Woch., n°* 21, *p.* 428, 1889).

III. — Luxation métacarpo-phalangienne de l'annulaire gauche, par ISAMBARD (*Normandie méd.*, 15 *août* 1889).

IV. — Note sur un cas de luxation isolée du cubitus en dedans, par MONTAGNON (*La Loire médic.*, 15 *août* 1889).

V. — Report of a case of congenital dislocation at the hip, par John RIDLON (*New York med. record,* 16 *novembre* 1889).

VI. — Zur Behandlung der angebornen Hüftegelenksluxation (Traitement de la luxation congénitale de la hanche, spécialement de l'unilatérale), par Emil MARTIN (*Deutsche med. Woch., n°* 16, *p.* 314, 1889).

I. — Un homme de 26 ans est pris entre un train et un mur. A l'examen il présente une asymétrie du tronc manifeste ; toutes les côtes de la première à la sixième sont séparées du cartilage articulaire et enfoncées en arrière.

La clavicule est déplacée en haut et en arrière, pas d'hémoptysie, emphysème modéré. Les tentatives de réduction sont infructueuses. Un simple appareil contentif est appliqué.

Les jours suivants, dyspnée considérable, expectoration mousseuse, râles bronchiques, puis amélioration progressive. Quand on enlève l'appareil, la clavicule présente un cal, les mouvements du bras sont conservés, mais la déformation thoracique persiste. Il y a deux pouces et demi de différence entre la mensuration des deux côtés du thorax.

L'auteur ne connaît que six cas semblables. P. DUFLOCQ.

II. — Lauenstein a réduit, chez un garçon de 15 ans, une luxation du pouce en arrière. Le tendon du long fléchisseur du pouce avait glissé sur le côté de la tête du métacarpien, ainsi qu'on le percevait nettement sous la peau. Quand le patient cherchait à fléchir le pouce, on voyait le pouce se porter vers la ligne médiane. La seconde phalange n'était pas fléchie, mais se trouvait dans une situation indifférente et pouvait être placée dans l'extension.

L'obstacle à la réduction était bien le tendon du fléchisseur, car la réduction s'est effectuée, sous le chloroforme, non dans l'extension forcée, mais dans la flexion, et cela sans difficulté. L. GALLIARD.

III. — Jeune garçon de 13 ans. A la suite d'une chute sur la face dorsale de la main, l'annulaire entier est porté dans l'extension et dans l'abduction relativement au médius, dont il reste écarté de près de 3 centimètres à son extrémité libre. Perception facile de la saillie de la tête du quatrième métacarpien entre l'annulaire et l'auriculaire; en outre, à la face palmaire, petite saillie formée par la tête de la phalange annulaire, à la base et dans l'axe dévié du doigt intéressé. Réduction aisée. Cette luxation doit être rangée dans les luxations isolées complètes et latérales de l'annulaire. OZENNE.

IV. — Homme de 32 ans. A l'âge de 3 ans, chute d'une hauteur de 2 mètres sur le coude gauche. Actuellement, flexion légère du membre ; effacement de l'angle saillant de l'épitrochlée ; rapports du radius avec le condyle huméral normaux ; les mouvements du radius se font bien. La flexion complète de l'avant-bras sur le bras est possible ; l'extension ne se fait qu'aux trois quarts ;

celle-ci est arrêtée par la rencontre de la face postérieure de l'humérus par le bec de l'olécrâne, qui vient butter contre cette face et un peu en dedans. La dépression de la cavité olécrânienne, laissée vide, est nettement perçue, de la trochlée humérale. Pas de différence entre l'écartement del'épicondyle et de l'épitrochlée des deux côtés ; élargissement de l'espace interosseux près du coude. Pas de signes de fracture ancienne de l'extrémité inférieure de l'humérus. OZENNE.

V. — Petite fille de 10 ans et demi ; dès qu'elle a commencé à marcher, à 14 mois, on a remarqué qu'elle boitait et que le membre inférieur droit était plus court que le gauche. Au moment de l'examen, le 16 février 1888, le membre inférieur droit était dans la rotation en dehors, la cuisse fléchie sur le bassin ; lordose lombaire. Il faut élever de 3 pouces le pied droit pour rétablir le parallélisme des deux membres. Le grand trochanter droit est à 2 pouces et demi au-dessus de la ligne de Nélaton. On ne peut trouver la tête du fémur.

Ridlon tenta le traitement par l'extension continue. Le 26 février 1888, cette extension fut commencée, la jambe étant élevée sur un plan incliné qui fut abaissé peu à peu, et supprimé au bout de 6 semaines. Pendant un an, cette extension fut continuée, sans que la malade quittât son lit. Durant les deux premiers mois, l'allongement obtenu fut rapide et s'éleva à un pouce ; il fut plus lent dans la suite. Au bout de 8 mois, les tissus péri-articulaires étaient assez affaissés pour qu'on pût reconnaître la tête du fémur, siégeant presque directement au-dessous de l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'inégalité de longueur fut ramenée à un demi-pouce. E. KIRMISSON.

VI. — Martin expose la pratique de Volkmann dans le traitement de la luxation congénitale, unilatérale de la hanche. Ce chirurgien se préoccupe surtout du raccourcissement du membre et s'efforce de le corriger, non pas en déplaçant la tête du fémur, ce qui est presque impossible, mais en modifiant la situation du bassin. Il l'obtient au moyen de l'extension continue par les poids, extension faite seulement la nuit, tandis que pendant le jour l'enfant jouit de sa liberté. Il insiste sur l'hygiène du membre malade (massage, frictions, etc.) et de l'individu. L. GALLIARD.

I. — Note sur la pathogénie du doigt à ressort, théorie articulaire, par P. POIRIER (*Bull. de la Soc. anat.*, *p.* 106, 8 *février* 1889).

II. — Le doigt à ressort, par LE MÊME (*Arch. gén. de méd.*, *t. II*, *p.* 143 *et* 302, 1889).

I. — Poirier veut montrer qu'il existe une variété de doigts à ressort où les troubles articulaires seuls doivent être mis en cause, ce qui va bien avec l'étiologie de cette maladie, dont le traumatisme et le rhumatisme sont les deux causes les plus fréquentes. Il commence par étudier complètement l'anatomie normale des articulations métacarpo-phalangiennes, et il arrive, en somme, à constater qu'au degré près, la disposition est tout à fait comparable à celle que Farabeuf a décrite pour la métacarpo-phalangienne du pouce. La phalange et le bourrelet glénoïdien ont chacune leur champ sur la tête métacarpienne ; entre ces deux champs est une crête que la phalange doit franchir pour passer dans la flexion complète ; qu'elle doit franchir à nouveau pour revenir à l'extension, que les ligaments soient anormalement serrés ou la crête anormalement saillante, et l'on conçoit qu'à l'aller comme au retour un ressaut, après un instant d'arrêt, devra marquer le passage de la phalange sur la crête.

C'est absolument comparable à ce qu'avait dit Farabeuf sur la subluxa-

tion volontaire du pouce chez les enfants qui se mettent le « pouce en chien de fusil ».

C'est ce que Poirier a réalisé expérimentalement en laissant à l'air pendant quelque temps des articulations disséquées et immergées dans l'eau alcoolisée ; les ligaments latéraux se rétractent et le phénomène du ressort apparaît.

Ce mécanisme du ressort articulaire n'est pas le seul. Un arrêt semblable se produira si un tubercule fait saillie de la face latérale de la tête métacarpienne en un point où doit passer le ligament latéral dans les déplacements que lui font subir les mouvements de flexion et d'extension. C'est par ce mécanisme qu'est à ressort l'articulation de la patte chez beaucoup d'oiseaux. Lorsque les ligaments latéraux ont franchi le tubercule, dans l'extension, la patte forme une colonne rigide sur laquelle, sans contraction musculaire, l'animal peut se reposer pendant des heures entières. Poirier a obtenu la réalisation expérimentale de ce fait en enfonçant dans les faces latérales du métacarpien de petits clous à tête ronde.

Les dispositions anatomiques sont les mêmes aux articulations phalangiennes, qui elles aussi sont parfois, en clinique, le siège du ressort.

II. — Poirier, qui d'autre part croit que la nodosité sur laquelle on insiste généralement est généralement une illusion du toucher, conclut que le traitement doit consister d'abord en massages ou douches de vapeur, en traction suivant l'axe du membre. Si le résultat est nul, on pourra essayer la section sous-cutanée des ligaments latéraux. Il sera exceptionnel que le bistouri doive agir sur le tendon fléchisseur ; mais le fait est possible et le phénomène du ressort a disparu après une opération de ce genre faite par Blum. A. BROCA.

I. — Du pied plat, par MILLER (*Edinburgh med. Journal, p.* 428, *novembre* 1889).

II. — On excision of the scaphoïd bone for the relief of confirmed flat-foot, par Richard DAVY (*The Lancet*, 6 *avril* 1889).

III. — Operations on the tarsus in confirmed flat-foot, par GOLDING BIRD (*The Lancet*, 6 *avril* 1889).

IV. — Double équin-varus, par J. E. MOORE (*The International Journal of Surgery, mars* 1889).

V. — Traitement des pieds bots congénitaux par l'opération de Phelps, par KIRMISSON (*Gaz. hebd. de médec. et de chir.*, 31 *mai* 1889).

I. — Au point de vue thérapeutique, l'auteur abandonne les divisions proposées en pied plat acquis ou congénital, léger ou grave, simple ou compliqué, etc., et comprend sous le nom de pied plat tout pied dont la voûte effacée force le patient à appuyer dans la marche le côté interne du pied plus ou moins, autant que le côté externe. La démonstration est faite par l'empreinte que laisse le pied.

L'auteur divise les pieds plats en deux types distincts, le pied plat de cause mécanique et le pied plat de cause parétique. Dans le premier type l'auteur range le pied plat douloureux des malades forcés d'être sans cesse debout, ou qui marchent nécessairement en tournant les

talons, à cause d'une lésion des orteils, par exemple; comme traitement, il ne conseille autre chose qu'un moyen mécanique tel qu'une semelle ou un soutien d'acier dans la bottine, mais jamais d'intervention opératoire.

Le second type, qui représente la forme la plus importante du pied plat, est douloureux, se rencontre chez les jeunes gens ou jeunes filles délicats, strumeux. Il constitue le pied plat douloureux. Le traitement consiste en des toniques du muscle tibial postérieur et des muscles de la région postérieure de la jambe, en particulier en massage méthodique.

F. VERCHÈRE.

II. — Davy rejette l'opération d'Ogston pour les raisons suivantes : 1° elle paraît compliquée; 2° l'enchevillement des os n'est pas nécessaire et n'est pas sans danger; 3° l'opération portant sur l'astragale se rapproche beaucoup de l'articulation tibio-tarsienne qu'il faut absolument ménager. L'ablation du scaphoïde est, au contraire, facile, et la soudure osseuse ou fibreuse de l'astragale au premier cunéiforme peut ensuite être aisément obtenue.

A l'appui de ses remarques, Davy cite les deux faits suivants :

1° Jeune homme de 17 ans, pied plat confirmé du côté gauche, datant de 3 ans; douleurs vives l'empêchant de gagner sa vie. Le 22 mars 1887, excision du scaphoïde. Le 19 novembre 1887, le malade a été rencontré dans la rue; il marche très facilement sans aucune douleur; le pied est toujours plat.

2° Jeune homme de 14 ans; pied plat confirmé à gauche depuis 3 ans. Douleurs assez vives pour l'empêcher de travailler. Le 3 août 1888, excision du scaphoïde gauche. Le 15 mars 1889, plus de douleurs; la conformation plate du pied persiste.

E. KIRMISSON.

III. — Ce qu'il faut, c'est non corriger la forme, mais supprimer la douleur, quatre fois, l'auteur a opéré dans ces conditions. Tous ces malades avaient de 12 à 17 ans, et souffraient depuis 2 à 5 ans. Dans deux cas, le scaphoïde seul a été enlevé; dans deux autres, le scaphoïde et la tête de l'astragale. Dans tous les cas, le résultat a été satisfaisant; les malades ont été débarrassés de leurs douleurs, mais une fois seulement la voûte plantaire a été rétablie. C'est dans un cas où, à l'ablation du scaphoïde, on avait joint la section sous-cutanée de tout le tarse.

L'auteur réserve l'opération pour les cas où les douleurs ne cèdent pas aux autres moyens. Il est d'avis de combiner l'ablation du scaphoïde à la section complète de tout le tarse, afin de pouvoir en même temps supprimer les douleurs et rétablir la forme de la voûte plantaire.

E. KIRMISSON.

IV. — Moore parle d'un enfant de neuf semaines atteint d'un double équin varus très prononcé. Il a commencé par faire, au côté interne du pied, la section sous-cutanée de tous les tissus offrant de la résistance. Ici, la peau ne formait point obstacle; mais l'auteur n'hésiterait pas, le cas échéant, à faire la section à ciel ouvert. Après la section sous-cutanée, Moore fit le redressement brusque du varus avec les mains; puis, il immobilisa le pied dans un appareil plâtré. Bien que l'équinisme fût très marqué, l'auteur ne fit pas, à ce moment, la section du tendon d'Achille. Il croit qu'il vaut mieux réserver pour une époque plus éloignée la section du tendon d'Achille, qui offre un point d'appui solide pour détruire l'enroulement du pied.

Deux appareils plâtrés successifs furent appliqués, jusqu'à ce que le pied restât en ligne droite avec la jambe. Au bout de deux semaines, on coupa les tendons d'Achille, et on remit le pied en position normale. E. KIRMISSON.

V. — L'opération de Phelps, qui a pour but, les sections tendineuses faites, d'ouvrir par la même incision l'articulation astragalo-scaphoïdienne ce qui permet, par l'écartement des surfaces articulaires, de remettre le pied dans une bonne attitude, a été pratiquée sur quatre enfants par Kirmisson. Voici comment elle se fait : au niveau de l'interligne astragalo-scaphoïdien, où se trouve un sillon très prononcé, par une incision verticale de 3 ou 4 centimètres, qui a l'étendue de toute l'épaisseur du bord interne du pied, on coupe successivement la peau, l'aponévrose, les tendons des jambiers et les ligaments de l'articulation astragalo-scaphoïdienne ; il n'y a pas ordinairement d'hémorragie ; cela fait, le pied est redressé et fixé dans une bonne attitude dans un appareil plâtré après pansement de la plaie ; quelquefois il sera nécessaire, pour y arriver, d'ajouter la tarsectomie externe. Au bout de vingt ou trente jours l'appareil est enlevé, la plaie cicatrisée et le pied parfaitement redressé. OZENNE.

I. — Rôle de l'astragale dans la pathologie du cou-de-pied, par TÉDENAT (*Gaz. hebd. Montpellier*, *n°* 30, 1888).

II. — Chirurgie conservatrice du pied dans la tuberculose, par FORGUE (*Gaz. hebd. Montpellier*, *n°* 21).

III. — La chirurgie conservatrice dans la tuberculose du pied, par GUITTON (*Th. Montpellier*, *n°* 47, 1889).

IV. — De la chirurgie conservatrice du pied et de l'ablation préalable de l'astragale dans les résections tibio-tarsiennes pour ostéo-arthrite suppurée, par OLLIER (*C. Rendus de l'Acad. des sciences*, 13 *mai* 1889).

I. — L'astragale, os mal nourri et d'une faible vitalité, joue un rôle important dans la pathologie du cou-de-pied. Il est souvent lésé :

1° Par suite de son rapide accroissement dans les premières années de l'existence ;

2° Grâce aux étroites connexions qui le relient au squelette du pied et de la jambe.

Ses lésions, d'un autre côté, se réparent difficilement à cause de sa faible vitalité.

Dans bon nombre de cas, les lésions qui se développent au cou-de-pied commencent par l'astragale et n'ont pas de tendance à une réparation spontanée. Si l'introduction d'un stylet démontre l'altération de l'os, il faut en pratiquer l'évidement et la cautérisation, puis immobiliser sous un pansement rigoureusement antiseptique. Pareille intervention s'impose d'après l'auteur même, si les lésions osseuses ne sont pas très avancées. A. MOSSÉ.

II et III. — Le travail de Guitton, écrit sous l'inspiration de Forgue, se termine par les conclusions suivantes :

1° Chez les tout jeunes sujets, dans le cas d'ostéo-arthrite non suppurée, c'est l'ignipuncture profonde suivie de compression et d'immobilisation qui doit être recommandée ;

2° Chez l'adulte, on doit recourir aux résections typiques ou atypiques d'Ollier, en préférant autant que possible ces dernières, qui donnent au point de vue orthopédique et fonctionnel de meilleurs résultats ;

3° En général, chez les sujets jeunes, le traitement conservateur donne de bons résultats ;

4° Chez l'adulte bien portant, ne présentant aucun signe de tuberculose pulmonaire, on peut espérer atteindre un résultat fonctionnel heureux. En cas d'insuccès, il resterait à recourir à l'amputation;

5° Avant toute opération, il faut s'assurer de l'état des parties molles, gaines, tendons, afin d'éviter des poussées ultérieures pouvant nécessiter une résection plus étendue, ou même l'amputation;

6° Malgré quelques faits heureux cités dans les statistiques, il semble préférable de renoncer aux résections pour recourir à l'amputation quand les sujets ne sont pas dans des conditions favorables d'âge, de santé générale, locale et de condition sociale; dans le cas contraire, la résection pourrait laisser le pied douloureux et impropre à tout usage.

A. MOSSÉ.

IV. — En présence d'une carie ou d'une tuberculose des os du pied, soit à cause de la fréquence des récidives, soit à cause de la difficulté d'amener une guérison complète, beaucoup de chirurgiens préfèrent l'amputation à la résection de l'articulation tibio-tarsienne. Pour Ollier, cette dernière ne doit pas être abandonnée, mais à la condition d'aborder par l'agent destructeur tous les recoins de la région malade. Lorsqu'il s'agit d'une ostéo-arthrite suppurée, au lieu de suivre le procédé opératoire classique qui consiste principalement à faire l'ablation des extrémités tibio-péronières et accessoirement l'ablation ou l'excision de l'astragale, il est préférable d'enlever d'abord l'astragale et ensuite d'évider le plateau tibial et les malléoles, en conservant la forme de la mortaise tibiale; dans le cas où ces parties doivent être enlevées, il faut déterminer un peu plus haut une mortaise nouvelle par une résection modelante. Le but de la première manière d'agir est d'obtenir de meilleures conditions de solidité pour la néarthrose, puisque l'on a conservé la charpente extérieure du ginglyme futur ; en outre, en sacrifiant l'astragale, dont l'ablation n'est pas nuisible à l'intérêt orthopédique, on se crée un jour suffisant pour aller fouiller dans les articulations multiples du tarse et pour voir dans quelles limites on doit agir ; parfois alors on peut procéder à l'ablation d'un ou de plusieurs des petits os du tarse, si cela est nécessaire.

L'astragale enlevé, bien qu'il ne se reproduise pas avec sa forme, une néarthrose solide et mobile se reconstitue grâce à une masse ostéo-fibreuse ; le tibia et le calcanéum se rapprochent l'un de l'autre, et le membre, quoique raccourci, recouvre sa solidité, et grâce à un traitement post-opératoire, récupère à la longue toute la mobilité nécessaire pour un bon fonctionnement ; une condition indispensable de succès est la conservation de tous les tendons péri-articulaires et de tous les ligaments des articulations intéressées. C'est ainsi que, depuis une dizaine d'années, Ollier a traité 43 malades avec de très beaux résultats ; il en conclut que l'on ne doit pas se hâter de pratiquer l'amputation du pied dans les ostéo-arthrites suppurées du cou-de-pied et des autres articulations du tarse. Applicables surtout aux jeunes sujets, jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans, ces opérations conservatrices permettent de conserver le pied avec sa forme à peu près normale et son aptitude fonctionnelle pour l'exercice d'une vie active.

OZENNE.

Ueber die Behandlung des Genu valgum und Genu varum mit besonderer Berücksichtigung der Osteotomie, par Eugen HAHN (*Berliner Klinik, fasc.* 10, *et Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 804, 9 *septembre* 1889).

Comme Mikulicz, Hahn croit que le genu valgum des enfants et des adolescents est une suite du rachitisme et qu'il résulte généralement d'une incurvation de l'extrémité inférieure de la diaphyse fémorale et de l'extrémité supérieure de la diaphyse tibiale. Aussi rejette-t-il toutes les méthodes opératoires ne concernant que le condyle interne du fémur. Pour la grande majorité des cas, l'ostéotomie du fémur est nécessaire au redressement du membre; à titre exceptionnel, il faut y joindre ou y substituer l'ostéotomie du tibia ou du péroné.

Sur les 88 genu valgum que Hahn a opérés, il compte 69 ostéotomies fémorales, 8 ostéotomies tibiales et 11 brisements.

Dans la cure des genu valgum et varum, Hahn est guidé par les principes suivants :

1° Chez les enfants de 3 à 5 ans, on peut entreprendre le traitement orthopédique, si les parents ont le temps, les loisirs et l'argent nécessaires;

2° Quand le processus rachitique n'est pas terminé, que les os sont encore mous et flexibles, il y a lieu de les briser avec la main;

3° Quand il s'agit, soit d'adultes, soit d'enfants chez lesquels le processus rachitique a évolué et où les os sont durs, on doit recourir à l'ostéotomie qui, pour le genu valgum, sera exclusivement faite au-dessus ou au niveau des condyles fémoraux.

Pour le genu varum, on la pratiquera soit sur la jambe seule, soit en même temps sur la cuisse.

Hahn pratique ses ostéotomies au moyen d'un petit ostéotome large de 1 à 1 1/2 centimètre. Dans l'espace de 8 ans, il a fait plus de 200 de ces opérations sur 133 malades, sans aucun accident.

Il rejette le redressement forcé, suivant la méthode de Delore, parce qu'une fois le processus rachitique évolué, il faut un très grand déploiement de forces pour rompre les os et qu'on s'expose à produire ainsi des déchirures de ligaments, des décollements du périoste, des fractures obliques s'étendant à distance. J. B.

De la résection du genou ; étude sur une série de 64 observations personnelles dont 47 inédites, par Jules BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg, mai* à *novembre* 1889).

Le premier chapitre de cette étude est consacré à l'historique de la résection du genou; il démontre combien était défavorable l'opinion de la plupart des auteurs contemporains sur cette opération. Pour la combattre, Bœckel rappelle que, dès 1881, il a communiqué à la Société de chirurgie une série de 17 cas, qui prouvaient l'innocuité de la résection. Une nouvelle série de 30 résections, toutes suivies de guérison, vient encore à l'appui du peu de gravité que présente l'opération.

D'après les observations publiées par l'auteur, il n'y a pas, relativement à l'âge, de limite à la résection. La consolidation s'opère en général d'une façon très régulière chez les adultes, mieux peut-être que chez les enfants. Cette opération doit être pratiquée de très bonne

heure, aussitôt qu'il sera démontré que les moyens ordinaires de traitement sont inefficaces; on aura ainsi d'autant plus de chance de détruire complètement les foyers tuberculogènes. Toutefois il est un certain nombre de cas où l'on obtient de bons résultats avec la ponction et les lavages articulaires; malheureusement l'arthrotomie est souvent impuissante à enrayer le mal d'une façon définitive; c'est alors qu'il faut avoir recours à une autre intervention.

L'ostéo-arthrotomie ou la synovectomie, dont Bœckel cite douze observations pratiquées avec succès sur des sujets de 3 à 50 ans, peut rendre de très grands services et écarter l'amputation. Cette opération, qui a pour but l'extirpation totale de la synoviale articulaire dégénérée, y compris les ligaments altérés, après ouverture large de l'articulation, est indiquée, chez les adultes, pour les cas où la synoviale seule est intéressée, et chez les enfants dans les cas où les lésions remontent trop haut pour permettre la résection typique :

L'auteur mentionne dans les chapitres qui suivent, les résultats généraux de l'arthrectomie, et ses indications proprement dites, puis il décrit longuement la technique opératoire, en insistant particulièrement sur l'inutilité et les inconvénients des ligatures, sur l'inutilité de la suture osseuse et sur le pansement durable sans drainage. Après s'être occupé des résultats immédiats, il nous fait connaître les suites éloignées de l'opération et, en quelques lignes, il donne un résumé général comprenant sa statistique et tous les résultats qu'il a obtenus avec les résections partielles et les résections totales. OZENNE.

Rippen-und Pleuraresection wegen eines Osteochondroms (Résection des côtes et de la plèvre pour un ostéochondrome), par RIESENFELD (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 319, 1889).

Une femme de 22 ans porte, depuis le mois d'avril 1888, au côté gauche de la poitrine, une tumeur qui a augmenté d'une façon progressive. Au mois de juillet elle est plus grosse qu'un œuf d'oie; elle siège sur la 8e côte, la surface est en partie lisse, en partie rugueuse; pas de douleur à la pression. Longueur exacte, 9 centimètres; largeur, 6 centimètres.

On met à nu la tumeur, le 15 juillet, au moyen d'une incision semi-lunaire; elle occupe la 8e côte et envahit la 9e. Décollement du périoste, section de la 8e côte à l'aide du costotome. En cherchant à détacher la tumeur, on ouvre la plèvre et un fragment de la séreuse est enlevé avec la masse. On remplit le trou avec une éponge pour empêcher la pénétration du sang dans la plèvre. Le poumon se rétracte immédiatement. Suture, drainage, pansement à la gaze iodoformée.

Le soir et le lendemain dyspnée, toux pénible. Le 3e jour T.38°.6; à partir du 5e jour le pouls, la respiration, la température, tout devient normal. Le 10e jour on enlève le drain; au bout d'un mois la cicatrisation est complète, l'opérée quitte l'hôpital. Pendant la 3e semaine on constate que le poumon a repris sa place; le murmure vésiculaire est normal. Depuis ce temps, l'état est satisfaisant.

La tumeur est un ostéochondrome myxomateux. L. GALLIARD.

I. — Ueber gutartige Geschwulste der Zunge (Tumeurs bénignes de la langue), par KIRCHHOFF (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 457, 1889).

II. — Ueber die Operation und Prognose der Zungenkrebse (Cancer de la langue), par F. KRAUSE (*Deustche med. Woch.*, *n°* 22, *p.* 433, 1889).

I. — Les tumeurs bénignes de la langue sont rares. L'auteur rapporte deux cas, l'un de fibrome pur, l'autre de lipome opérés par Bergmann.

1° — Homme de 59 ans, toujours bien portant, a remarqué à la partie moyenne du dos de la langue, il y a 20 ans, une tumeur grosse comme un pois ; depuis 2 ans seulement, elle a augmenté de volume; depuis 1 an une seconde tumeur s'est développée à côté de la première. Le malade finit par éprouver des troubles de la phonation et de la déglutition.

L'une des tumeurs a le volume d'une noix, l'autre d'une cerise; elles sont dures, indolentes, peu mobiles. Pour les enlever, Bergmann est obligé d'inciser d'abord la face supérieure de la langue, puis de faire une incision à la peau, dans la région sus-hyoïdienne. Il éprouve de grandes difficultés dans la dissection des tumeurs qui sont unies intimement au tissu musculaire. Tampon d'iodoforme, drainage. Guérison en 3 semaines.

2° Lipome de la grosseur d'un œuf de poule chez un homme de 62 ans qui prétend n'avoir cette tumeur que depuis 4 ans. La maladie est probablement plus ancienne, car on constate des déviations dentaires qui lui sont imputables. L'aspect du malade est celui que donnent les tumeurs du maxillaire supérieur droit.

Le lipome est développé dans la moitié droite de la langue ; surface lisse et brillante, mollesse, pseudo-fluctuation.

L'opération est beaucoup plus simple que dans le cas précédent. Section parallèle au bord de la langue, extirpation, sutures. Guérison en 8 jours.

II. — Les résultats de Volkmann dans le cancer de la langue sont meilleurs que ceux qu'ont publiés Langenbeck, König et Billroth. Ce chirurgien n'a perdu que 2 opérés sur 91 depuis le début de la période antiseptique. Il n'a pas eu de phlegmon consécutif à l'exérèse. Il repousse d'une part la ligature préalable de l'artère linguale, d'autre part le tamponnement de latrachée préconisé par Trendelenburg. Il opère non pas avec le thermo-cautère mais toujours avec le bistouri et les ciseaux.

Dans les cas où le carcinome a envahi les régions profondes, le plancher de la bouche, les amygdales, Volkmann pratique la section latérale temporaire du maxillaire inférieur d'après le procédé de Langenbeck. Il l'a faite 35 fois et n'a eu que 2 décès, l'un 8 jours après l'opération (pneumonie), l'autre au bout de 5 semaines.

Au point de vue du pronostic, il convient de diviser les cas en graves et légers.

Parmi les 35 opérés de la première catégorie, chez qui la section du maxillaire a dû être faite, l'auteur a pu obtenir des renseignements sur 29 sujets. 16 sont morts de récidives au bout d'une période qui a varié de 3 à 35 mois, en moyenne au bout de 12 mois ; 8 ont succombé à d'autres affections ; parmi les 3 survivants, 2 ont des récidives, le troisième, âgé de 76 ans, opéré depuis 6 ans, n'a pas de récidive.

Sur les 56 opérations partielles, l'auteur a obtenu 37 renseignements. 2 opérés ont eu des métastases mortelles ; 19 sont morts de récidives au bout de 10 mois 1/2 en moyenne ; 9 sont morts sans récidive dans un délai qui a varié de 5 mois à 5 ans. 7 sont vivants sans récidive et les opérations datent au moins de 8 mois, au plus de 6 ans.

Si l'on considère comme guéris les sujets qui, pendant 2 ans, n'ont pas de récidive, il y a, dans cette série de 37 cas, 5 guérisons.

En comparant cette statistique à celles qu'on connaît, on peut considérer ces résultats comme satisfaisants. L. GALLIARD.

Ueber die Ursachen der lokalen Krebsrecidive nach Amputatio Mammœ (Des causes de la récidive locale du cancer après l'amputation du sein), par Lothar HEIDENHAIN (*Archiv für klinische Chirurgie, XXXIX, p.* 97, 1889).

L'auteur examine au microscope, à l'aide de coupes verticales comprenant la totalité du sein et les tissus voisins, les pièces anatomiques provenant de l'amputation du sein et croit pouvoir, suivant l'état des tissus qui entourent la glande, prédire avec certitude les chances de récidive ou de guérison définitive. Sur 18 pièces examinées de la sorte il a prédit 12 fois une récidive prochaine et 6 fois la guérison définitive; or, des 12 premiers opérés, 1 a été perdu de vue, 8 ont eu des récidives, 3 sont encore indemnes ; sur les 6 derniers, 2 ont été perdus de vue, les 4 autres, opérés depuis un an, sont encore sains. La raison de ces faits est dans la minceur de l'aponévrose pectorale et dans les prolongements qu'elle envoie dans la glande d'une part, dans le muscle d'autre part ; en outre ces prolongements renferment des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui, alors même que le muscle paraît sain, contiennent dans leur intérieur ou dans leurs gaînes périvasculaires des éléments épithéliaux dont les contractions musculaires favorisent le cheminement à distance. Il en résulte qu'alors que l'affection semble nettement circonscrite en un point de la glande, il existe très fréquemment des nodules cancéreux dans le tissu conjonctif de la glande et du muscle, à une distance parfois considérable du noyau primitif. L'auteur pose comme principe que toute mamelle qui renferme un noyau cancéreux est malade dans toute son étendue et par conséquent doit être extirpée en totalité ; en outre, alors même que la glande est mobile sur le grand pectoral, l'aponévrose pectorale est déjà atteinte; cependant le muscle lui-même n'est en général intéressé que lorsque la glande cesse d'être mobile sur l'aponévrose. On peut affirmer la récidive quand le microscope révèle à la périphérie des tissus enlevés des nodules cancéreux ou des cellules épithéliales le long des vaisseaux.

La conséquence de ces faits est que l'aponévrose pectorale n'est point une barrière à la propagation du cancer et l'auteur conseille :

1° Quand le cancer est limité, localisé à une partie nettement circonscrite du sein et quand la glande est mobile sur le grand pectoral, de faire non seulement une extirpation totale de la glande, mais encore d'enlever avec l'aponévrose la couche superficielle du muscle;

2° Quand la tumeur est diffuse et quand la mamelle est adhérente à l'aponévrose, d'extirper avec la glande et l'aponévrose, le muscle pectoral dans sa totalité. Il faut avoir soin dans ce cas de n'oublier aucun fragment de tissu musculaire et, pour cela, de détacher soigneusement les insertions musculaires du périoste, de la clavicule et du sternum; cette ablation donne du reste un accès facile dans le creux sous-claviculaire et le creux de l'aisselle et permet de supprimer radicalement tout le réseau lymphatique, tous les ganglions profonds qui pourraient être le point de départ d'une récidive. L'opération n'est pas plus sanglante qu'à

l'ordinaire et donne des résultats fonctionnels satisfaisants. Ces faits d'ailleurs ont depuis longtemps été mis en lumière par Verneuil.

L'auteur se propose de continuer ces études micro-topographiques pour d'autres régions et espère que la détermination du mode et des voies de propagation du cancer, variables suivant la nature de la tumeur, la structure et la fonction du tissu ou de l'organe malade, permettra d'obtenir de précieuses indications pour l'intervention chirurgicale. DE SANTI.

Ueber die Resultate der Ausschaelungen von Varicen an den unteren Extremitaeten (Résultats de l'extirpation des varices des membres inférieurs), par BŒNNECKEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 829, 23 *septembre* 1889).

Depuis 7 ans, Madelung, dans les cas de varices graves des membres inférieurs, pratique l'ablation des veines dilatées; il a fait 52 fois cette opération, sans le moindre accident et toujours avec un excellent résultat. L'existence d'ulcères n'est pas une contre-indication. Voici comment Madelung procède. Une fois le malade endormi, on fait pendre le membre malade le long de la table pour dilater les veines sous-cutanées. Puis on fixe autour du tiers supérieur de la cuisse un tube de caoutchouc qui n'est pas assez serré pour empêcher l'arrivée du sang artériel; en revanche les veines regorgent de sang.

Le membre ayant été replacé sur la table, on le nettoie soigneusement et l'on recouvre les ulcères d'iodoforme ou l'on pratique à leur pourtour l'incision de Nussbaum (*R. S. M.*, III, 427), qui permet de reconnaître les rameaux veineux aboutissant aux ulcères. Alors, une incision de longueur variable, faite suivant le grand axe du membre, met à découvert la portion de veine variqueuse; ces incisions longitudinales doivent très souvent avoir 1 1/2 ou 2 pieds de long. De chaque côté de ces incisions, on dissèque la peau pour la rabattre en dehors et mettre à nu les varices.

Cela fait, on sectionne entre deux pinces à ligature, le segment le plus élevé du tronc veineux malade (la saphène, habituellement). Ensuite on procède de même à l'égard des segments périphériques; de nombreuses pinces à ligature doivent être prêtes pour pouvoir fermer au fur et à mesure les orifices veineux béants. En procédant ainsi, l'opération peut s'effectuer en quelques minutes, sans perte notable de sang, mais l'isolement et l'arrachement de ces rameaux variqueux doivent être faits presque exclusivement avec des instruments mousses.

Très souvent, il est nécessaire de poursuivre des veines variqueuses au-dessous de l'aponévrose externe et au sein des muscles.

L'extirpation terminée, on enlève le tube de caoutchouc et on lie les principaux orifices béants; le nombre des ligatures nécessaires oscille entre 2 et 4.

Les culs-de-sac multiples, résultant de l'opération, sont découverts par de petites incisions cutanées et, si besoin, drainées. Une suture continue referme la plaie principale. Madelung la pratique à l'aide de deux fils, dont l'un passé à distance des bords de la plaie ne sert qu'à les rapprocher, tandis que l'autre, suivant les lèvres mêmes, les accole l'une à l'autre. Puis on applique un bandage compressif, on immobilise les jointures, et le membre est suspendu verticalement durant 24 heures pour éviter les hémorragies secondaires.

Au bout de 8 ou 10 jours, on enlève le pansement, puis les sutures.

La cicatrisation terminée, on assouplit la cicatrice et les téguments voisins au moyen de massages.

Si besoin est, on pratique sur les ulcères des greffes selon le procédé de Thiersch.

Tant que l'appareil compressif est en place, il est nécessaire de prendre régulièrement la température des opérés, afin d'enlever l'appareil à la moindre élévation thermométrique. On découvre alors de minuscules abcès qu'on incise et désinfecte, afin de ne pas compromettre la réunion par première intention du reste de la vaste plaie opératoire.

Les varices non extirpées diminuent plutôt de volume, tandis que le bout central de veine, subsistant au-dessus de la cicatrice, tend à se dilater après l'opération. Dans un seul cas, cette dilatation de la saphène a nécessité une nouvelle opération.

Bœnnecken donne la relation des 14 opérations ayant au moins 2 ans de date et concernant des malades sur lesquels on a pu avoir des renseignements récents. Tous se félicitent de leur état actuel. (*R. S. M.*, V, 723.) J. B.

I. — **Lésions de l'intestin dans les hernies étranglées, par CORNIL et TCHISTOVITCH** (*Archiv. de médecine expérimentale*, 1er *mai* 1889).

II. — **Ueber die Beziehungen des Lungenentzündung zum Eingeklemmten Bruche (Des rapports de l'inflammation pulmonaire avec l'étranglement herniaire), par PIETRZIKOWSKI** (*Zeitschrift für Heilkunde*, *vol. X*, *n° 4*, *p.* 267, 1889).

I. — Les lésions de l'intestin, dans les hernies étranglées, peuvent porter sur toute l'étendue de l'anse herniée, mais elles ont habituellement leur maximum aux deux points d'entrée et de sortie de l'anse qui sont en contact avec le collet du sac. Des tuniques intestinales, la muqueuse est la plus altérée : au début elle est congestionnée et le tissu conjonctif sous-muqueux est infiltré de leucocytes et d'hématies; puis les éléments cellulaires le modifient; ces lésions peuvent guérir, mais si elles sont profondes et étendues, sous l'influence du suc intestinal et des bactéries se produit la destruction moléculaire aboutissant à l'ulcération et à la gangrène. Les couches musculaires se congestionnent et se nécrosent. Le tissu conjonctif sous-péritonéal s'hyperémie et s'œdématie. Lorsque l'étranglement herniaire s'est terminé par gangrène ou par péritonite exsudative, fibrino-purulente, on trouve des staphylocoques et des streptocoques dans le tissu cellulaire sous-péritonéal et la surface de la séreuse. A. GILBERT.

II. — Gussenbauer avait remarqué qu'il existe un rapport entre l'apparition de symptômes pulmonaires et la levée des étranglements intestinaux. En effet, après la réduction des hernies étranglées soit par le taxis, soit par la kélotomie, on voit souvent survenir, au bout de quelques heures ou de quelques jours, de la toux, de la dyspnée plus ou moins grande et une expectoration variable, parfois sanguinolente. Des signes physiques correspondants accompagnent ces symptômes, qui sont ceux de petits infarctus pulmonaires; un peu de pleurésie peut en être la suite. Ces accidents s'observent dans les cas où la rentrée de l'intestin a pu se faire, parce qu'il ne présentait que des lésions de stase veineuse ou d'infiltration

hémorragique. Quand la gangrène commençante ou confirmée a empêché cette réduction et a nécessité l'ablation des parties malades, les symptômes pulmonaires ont manqué.

Quelques autopsies ont permis de constater anatomiquement l'exactitude de l'observation clinique, et voici le mécanisme de ces accidents. La gêne circulatoire dans l'anse étranglée y détermine des thromboses des capillaires et des veinules ; quand la circulation se rétablit, les caillots sont entraînés par le courant sanguin et constituent des embolies suivies d'infarctus. Quand la gangrène s'est faite, il n'y a pas de rétablissement de la circulation ; donc pas d'embolies.

A côté d'une soixantaine de cas de symptômes ou lésions pulmonaires de ce genre, l'auteur a observé huit fois un ictère généralisé survenu le 2e jour après la levée de l'étranglement et ayant duré de 4 à 6 jours. Il attribue de même cet ictère à des embolies hépatiques.

Quinze expériences sur des chiens viennent confirmer pleinement cette théorie ; des hernies étranglées pendant quelques heures avec un lien de caoutchouc ont donné 10 fois lieu à de petits infarctus pulmonaires et 8 fois à des infarctus hépatiques généralement fort peu volumineux ; ceux-ci s'étaient logés dans les ramifications de la veine porte. La migration des thrombus se fait évidemmeut par le système porte quand ils gagnent le foie. Pour le poumon, la voie qu'ils suivent est moins évidente ; peut-être les plus petits peuvent-ils passer à travers les capillaires hépatiques ; les anastomoses directes ou indirectes (Cl. Bernard, Retzius, etc.), entre la circulation porte et le système de la veine cave inférieure sont une autre voie par laquelle les caillots peuvent gagner le cœur droit et l'artère pulmonaire. LEFLAIVE.

I. — Anastomose intestinale, par Robert ABBE (*The med. News*, *n°* 22, *p.* 589, 1er *juin* 1889).

II. — Zwei Fälle von Darmnaht (Deux cas de suture intestinale), par ALSBERG (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 26, *p.* 526, 1889).

III. — An important supplement to the operation of inguinal colotomy, par Herbert ALLINGHAM (*Brit. med. j.*, *p.* 939, *avril* 1889).

I. — Les travaux de Senn ont diminué considérablement la mortalité à la suite des opérations d'anastomose intestinale. Robert Abbe eut lui-même 2 cas qui furent suivis de guérison, et plusieurs expériences sur les chiens lui donnèrent les meilleurs résultats. Reprochant aux plaques employées par Senn de ne pas donner une ouverture assez large de l'intestin au niveau de l'abouchement des anses, R. Abbe propose de les remplacer par deux anneaux rigides entièrement faits de catgut.

Les deux extrémités de l'intestin sont, dans un premier temps, suturées par le procédé de Lembert. Puis, faisant une incision sur chacune de ces extrémités au voisinage mais sans atteindre les sutures. Puis les 2 anneaux sont réunis l'un à l'autre à travers la partie invaginée de l'intestin par la suture de Lembert, qui se trouve ainsi *sandwiched* entre les 2 anneaux de catgut.

Les 2 incisions sont alors suturées. Cette méthode assure l'évacuation régulière des matières fécales, facilite la réunion de l'intestin. Robert Abbe n'a mis exactement que 15 minutes pour faire la résection et la

suture de l'intestin. L'auteur insiste à la fin de son article sur les conditions que doivent remplir les anneaux de catgut. F. VERCHÈRE.

II. — Il s'agit, dans le premier cas, d'une femme de 74 ans qui s'était ouvert le ventre avec un rasoir ; elle portait une plaie de 15 à 20 centimètres par laquelle sortaient l'épiploon et un gros paquet d'anses intestinales, parmi lesquelles le cœcum coupé aux 2/3. Suture à 2 étages ; suture de la paroi ; pansement iodoformé. Au bout de 4 jours, selle copieuse ; mais la patiente succombe le 25e jour. On trouve, à l'autopsie, la plaie intestinale parfaitement cicatrisée.

Le second fait est celui d'un homme de 29 ans, atteint de carcinome annulaire, à cellules cylindriques, du colon descendant, après résection de la partie malade, l'auteur suture les deux bouts de l'intestin (le 7 juillet 1888). Le 8e jour, on trouve des matières fécales dans le pansement ; anus contre nature. En même temps récidive de carcinome. Seconde opération le 27 août la suture ne tient que 10 jours. Troisième suture le 17 septembre sans succès complet. Une fistule persiste. Cependant l'état du patient s'améliore et, à la fin de l'année, la fistule est presque oblitérée. L. GALLIARD.

III. — Allingham considère comme très importante la nécessité d'empêcher la sortie de l'intestin après l'opération de la colotomie inguinale. Il arrive en effet que, pendant les efforts de la garde-robe, l'intestin fait hernie, ce qui amène des douleurs et une gêne considérable. Pour empêcher cette infirmité, Allingham commence par faire la boulonnière abdominale, puis il fait sortir par l'orifice de la plaie l'anse intestinale et son mésentère, en donnant à ce dernier le plus de tension possible. Cela fait, il fixe le mésentère au moyen de sutures et passe également des points de suture entre la paroi abdominale et les tuniques intestinales. Puis il laisse les choses en place pendant un temps qui varie de 12 heures à 3 jours. Après quoi il sectionne l'anse intestinale herniée, en ayant soin d'appliquer auparavant un clamp garni de pointes, pour l'empêcher de déraper sous la pression du mésentère, et pour prévenir les hémorragies : on enlève le clamp le lendemain, et l'anus contre nature est fait, de façon à empêcher toute procidence des anses intestinales. Suivent 5 observations. H. R.

I. — **Ueber einen Fall von Perityphlitis durch Perforation des Processus Vermiformis; Operation; Heilung, par E. LEYDEN** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 689, 5 *août* 1889).

II. — **Discussion de la Société des médecins de la Charité à Berlin** (*Ibidem*, *n°* 32, *p.* 721, 12 *août*).

III. — **Removal of a gangrenous appendix... (Résection de l'appendice iléocœcal gangrené, etc.), par Dyce DUCKWORTH et John LANGTON** (*Brit. med. journ.* *p.* 1347, *juin* 1889).

IV. — **Laparotomy for perforation of the appendix vermiformis, par Robert WEIR** (*New-York med. Record*, *p.* 449, 27 *avril* 1889).

V. — **De l'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse, par Gab. MAURANGE** (*Thèse de Paris.* 1889).

VI. — **Zur Frage des Bauschnittes bei Peritonitis chronica (Laparotomie dans la péritonite chronique), par PROCHOWNIK** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 24, *p.* 475, 1889).

VII. — Die Erfolge der Behandlung der Peritonitis und der peritonealen Sepsis (Suites du traitement de la péritonite), par WITZEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 47 *p.* 871, 1888).

VIII. — Some accidents and complications incident and subsequent to abdominal and pelvic operations (Des accidents et des complications qui peuvent suivre les interventions sur le petit bassin et l'abdomen) , par Joseph STOFFMANN (*Buffalo med. and surg. Journal*, *p.* 286, *novembre* 1889).

I. — Jeune homme de 18 ans, chez lequel on diagnostique une périty phlite par perforation de l'appendice vermiforme. Le 18e jour de la maladie, la tumeur iléocæcale disparaît; météorisme et tension du ventre ; le malade vomit tout ce qu'il prend. Ponction exploratrice à l'endroit où avait existé la matité; la seringue se remplit de pus mêlé d'air. Incision immédiate de l'abcès après injection de cocaïne. Evacuation de 400 centimètres cubes de pus mélangé d'air. Dès le lendemain, issue de matières fécales avec le pus. Rétablissement des selles le 5e jour après l'opération. La fistule, qui s'est rapidement fermée, n'a laissé sortir aucun coprolithe.

A propos de la difficulté de diagnostiquer avec certitude l'existence d'une périty phlite suppurée, Leyden cite encore le cas d'un étudiant chez lequel, dans l'espace d'une quinzaine, s'était formé un volumineux exsudat. La fièvre et les douleurs ayant reparu, Leyden crut à un abcès et fit une ponction exploratrice. Mais bien que l'induration fût assez superficielle, la canule ne ramena pas une goutte de pus.

Contrairement à Krafft, Leyden n'est pas partisan de l'opération précoce; il est d'avis de laisser se former l'abcès et de n'intervenir qu'en cas de phénomènes graves : imminence de collapsus par épuisement, menaces de rupture dans la cavité abdominale, symptômes d'occlusion intestinale avec ou sans signes d'ileus. Leyden ne croit pas à la présence constante de coprolithes, sur laquelle Krafft fonde la nécessité d'une intervention hâtive. Quant aux récidives de périty phlites occasionnées par les coprolithes, il n'admet pas qu'elles soient fréquentes. Pour lui, la plupart des typhlites qui récidivent ne sont pas des perforations, mais des inflammations non exsudatives par coprostase. Il n'a vu que trois cas de récidives par perforation de l'appendice, avec formation d'abcès; ces malades ont tous guéri après 6 mois ou 1 an sans opération.

II. — A l'inverse de Leyden, James Israël a trouvé un coprolithe dans la plupart des 13 périty phlites qu'il a opérées. Après l'incision de l'abcès, il peut rester un coprolithe qui donnera lieu beaucoup plus tard à de nouveaux accidents.

C'est ainsi qu'il y a 3 jours Israël a opéré un malade qui, depuis une périty phlite survenue il y a 10 ans, avait des alternatives de constipation et de diarrhée, mais n'était devenu réellement souffrant qu'il y a 5 mois. Il éprouva dès lors de la douleur et une sensation de plénitude dans la région lombaire droite au-dessus de la crête iliaque. Son médecin croyait à l'existence d'une carie de l'os des îles. Au-dessus et en dedans du segment postérieur de la crête iliaque se trouvait une induration dont la partie centrale était ramollie; la palpation faisait reconnaître que cette induration s'étendait de la région iléocæcale à la région lombaire. Basé sur les antécédents et commémoratifs, Israël diagnostiqua un coprolithe migrateur et en fit l'extraction avec des pinces, au moyen d'une incision lombaire. Ce coprolithe, au lieu d'être constitué, comme d'ordinaire, par des stratifications concen-

triques de masses friables, représentait un véritable calcul de la grosseur d'une olive, qu'on eût pu prendre pour un calcul vésical.

En ce qui concerne la convenance d'une intervention chirurgicale, Israël estime que la question n'est pas susceptible d'une solution générale. On se décidera suivant les cas, et, à cet égard, on peut établir trois catégories bien distinctes :

1° La perforation de l'appendice s'effectue librement dans la cavité abdominale, avant la formation d'adhérences, et on a une péritonite par perforation foudroyante et généralisée;

2° La péritonite est restée circonscrite par suite d'adhérences préalables ou récentes. Il se produit un phlegmon qui au lieu de se résoudre en deux ou trois semaines, se termine par un abcès;

3° La péritonite est circonscrite; il ne s'est pas produit d'exsudat appréciable; la palpation ne permet pas de reconnaître d'abcès. C'est là le fait habituel pour l'immense majorité des périty phlites.

Dans les péritonites généralisées consécutives à la perforation de l'appendice vermiforme, avant toute formation d'adhérences, l'intervention chirurgicale a donné des résultats peu satisfaisants. Quatre opérés d'Israël ont succombé immédiatement après la laparotomie. Le résultat a été le même, soit qu'Israël ait largement ouvert la cavité abdominale, l'ait lavée et ait sectionné les adhérences qui délimitaient les collections purulentes, soit qu'il se soit borné à essuyer la cavité, soit enfin qu'il se soit contenté de pratiquer une petite ouverture et de faire le drainage. Le 5e laparotomisé d'Israël a cependant guéri; chez lui, la péritonite purulente généralisée avait succédé à une périty phlite d'abord circonscrite. Néanmoins comme le pronostic de ces péritonites généralisées est absolument fatal, malgré les faibles chances de succès opératoire, Israël reste disposé à les tenter.

Les résultats de l'intervention sont tout autres dans la 2e catégorie des cas (à laquelle appartient l'observation de Leyden), où il s'agit d'abcès périty phliques volumineux et tardifs. Quand le diagnostic de l'abcès est certain, il n'y a pas à hésiter à l'ouvrir, car l'opération est peu dangereuse. Lorsque des anses intestinales météorisées, dérobent l'abcès à la palpation et à la percussion, on ira à sa recherche, non point par une ponction exploratrice faite de l'extérieur, mais après ouverture des parois abdominales jusqu'au péritoine exclusivement. La ponction exploratrice n'est ni pratique, ni inoffensive. Outre que c'est un pur hasard, si on pénètre dans l'abcès, on peut facilement blesser l'intestin ou, à travers le foyer purulent, arriver jusque dans une portion intacte de la cavité péritonéale, et de toutes ces façons aggraver l'état de choses. En outre, quand il s'agit d'abcès gazeux, la ponction, même faite au point convenable, ne ramène pas de pus.

Il en est tout autrement pour l'incision pratiquée comme celle de la ligature de l'artère iliaque primitive. A travers le péritoine, il est généralement facile de reconnaître l'emplacement de l'abcès; d'ailleurs, s'il reste un doute, on peut alors faire la ponction. Il n'est pas rare qu'on soit guidé dans la recherche de l'abcès, par la présence d'une imbibition gélatiniforme ou d'un changement de coloration du tissu conjonctif prépéritonéal.

Pour la 3e catégorie de faits, dans lesquels l'abcès est trop peu volu-

mineux pour être reconnu, deux opinions se trouvent en présence. L'une soutient qu'il faut néanmoins toujours intervenir, vu la possibilité de rupture dans la cavité péritonéale et de récidives tant que restera en place l'appendice malade. Les partisans de l'autre opinion soutiennent qu'habituellement on peut se borner à un traitement médical, mais ils admettent dans certains cas la légitimité de l'opération, même à un stade où il n'y a pas encore d'abcès bien appréciable.

Israël est partisan de cette opinion, parce que la grande majorité des périityphlites guérit avec les opiacés et que la recherche et l'excision de l'appendice vermiforme, avant le développement d'abcès volumineux, sont fréquemment impraticables et risquent d'ailleurs de rompre les adhérences qui isolent le petit foyer de la cavité péritonéale. En revanche, il intervient d'urgence, même avant qu'un abcès soit appréciable à la palpation, lorsque l'état général devient mauvais, que le pouls augmente de fréquence, que les vomissements reparaissent, qu'il y a eu un frisson ou qu'il se montre des signes d'intoxication septique.

Quant au mode opératoire, Israël réserve la méthode en deux temps de Sonnenburg pour les cas de la 2e catégorie, où il n'importe guère d'ouvrir l'abcès aujourd'hui plutôt que demain.

Sonnenburg répond qu'il préconise sa méthode opératoire seulement dans les cas où les signes qui indiquaient la présence d'un abcès ont disparu. Ainsi il ouvre largement par une incision, curviligne les parois abdominales jusqu'au péritoine exclusivement. Il écarte à l'aide de crochets les lèvres de la plaie et pratique la palpation des régions malades, à travers le péritoine. Si l'on perçait une rénitence profonde et de la fluctuation, on achève l'opération immédiatement. Sinon, on s'arrête; on bourre la plaie de gaze iodoformée sur laquelle on fait un pansement, on continue l'opium à l'intérieur et le lendemain on explore de nouveau la plaie. L'abcès, en se développant, tend à se porter où il rencontre le moins de résistance, c'est-à-dire là où les parois abdominales sont béantes.

Leyden, au moins pour la clientèle privée, donne la préférence à la ponction exploratrice qu'il ne juge pas aussi dangereuse qu'Israël.

J. B.

III. — Observation d'un enfant qui présentait tous les symptômes d'une périityphlite suppurée. Une incision exploratrice montra une gangrène de l'appendice cæcal; on le réséqua, ainsi que son contenu, une boulette fécale durcie. Quelques jours plus tard, des symptômes de péritonite suppurée se montrèrent du côté gauche. La laparotomie fut pratiquée; on tomba sur un abcès pelvien entouré des anses intestinales agglutinées. Drainage, lavage antiseptique, guérison.

Suit une discussion intéressante sur les indications d'opérer rapidement et de bonne heure. H. R.

IV. — Début brusque, le 26 septembre 1888, par des douleurs abdominales chez un homme de 34 ans ; le lendemain, en faisant un effort pour aller à la selle, douleur vive dans la fosse iliaque droite; trois jours de fièvre; dix jours de lit ; puis reprise des occupations; le 13 octobre, nouvelle rechute ; repos ; guérison ; le 22 octobre, troisième reprise, puis amélioration ; le 23 octobre, on sent la tumeur iliaque; le 25, quatrième rechute, grave celle-ci; fièvre, douleurs, vomissements. Laparotomie faite juste trois mois après le début des accidents et quinze heures après cette rechute; appendice ulcéré compris dans une masse parsemée de petits abcès; les anses intestinales voisines sont

agglutinées par de fausses membranes; extirpation de l'appendice, pansement iodoformé et lavages au sublimé; guérison. P. DUFLOCQ.

V.—Les premières tentatives d'intervention chirurgicale dans la péritonite tuberculeuse ont presque toutes été dues au hasard. La laparotomie étant faite pour une affection qu'on supposait autre que celle révélée par l'incision, bienheureuse erreur qui a montré toute son efficacité dans la péritonite tuberculeuse.

La statistique portant sur 71 faits indique un chiffre imposant de succès opératoires, 83.09 0/0, dont près de la moitié, 39.43 0/0, à titre définitif; cette dernière proportion est même inférieure à la réalité, car l'auteur ne considère comme absolument acquises que les guérisons qui ont au moins un an de date, et ce détail, omis dans quelques observations, a empêché de ranger dans cette classe 22.53 0/0 de cas où ce résultat a été néanmoins évidemment atteint.

L'efficacité de l'incision simple est démontrée par trois autopsies faites huit mois, dix-huit mois, six mois après la guérison, de l'intervention pendant laquelle on avait constaté à l'œil nu et au microscope la présence de granulation péritonéale, et qui montrèrent l'intégrité absolue du péritoine et par suite la guérison complète de la localisation tuberculeuse.

Suivant l'auteur, pour expliquer ces résultats, il faut admettre que l'intervention ne guérit pas la péritonite tuberculeuse, mais en favorise la régression, en débarrassant le péritoine du liquide ascitique, véritable bouillon de culture, en le détergeant et en assurant l'antisepsie, c'est-à-dire supprimant tout processus inflammatoire, qui favorise la prolifération bacillaire.

Étant admise la tendance fréquente de la localisation péritonéale à disparaître spontanément, la rareté relative de la généralisation, l'intervention chirurgicale, étant donnés ses bons résultats, est parfaitement indiquée.

L'auteur, comparant, comme évolution, comme marche générale, la tuberculose péritonéale à l'abcès froid, propose de suivre une thérapeutique analogue; deux méthodes seront donc à mettre en pratique successivement, si la première n'a pas donné les résultats qu'elle peut donner.

La première consiste dans l'évacuation de l'ascite par ponction suivie d'une injection modificatrice (vaseline liquide iodoformée, que l'auteur préfère à l'éther iodoformé). La deuxième constitue le traitement chirurgical par excellence : la laparotomie avec lavages antiseptiques (sublimé) de la cavité péritonéale, suivis d'une application de poudre d'iodoforme. S'il existe de véritables parois kystiques formées par les fausses membranes, résultant de l'organisation du péritoine tuberculeux, il faudra attaquer résolument ces productions avec la curette de Volkmann, racler les fongosités, réséquer même dans la mesure du possible.

Le drainage, d'après la statistique de l'auteur, a été employé dans la proportion de 11 à 12 0/0, surtout en Angleterre et en Amérique. L'auteur conseille, dans le plupart des cas, de s'en abstenir, mais d'en user largement au contraire pour peu que le liquide ascitique ait de la tendance à se reproduire, pour peu qu'une légère élévation de température soit observée le soir.

Un index bibliographique très complet termine ce travail. F. VERCHÈRE.

VI. — Prochownick a pratiqué neuf fois la laparotomie chez des sujets atteints de péritonite chronique ; quatre de ses cas ont été publiés par Spæth. Sur les cinq autres, il n'y a que deux opérations dirigées intentionnellement contre cette maladie. (Les cinq opérés ont guéri.)

Voici ces deux cas :

1° Femme de 20 ans, atteinte de douleurs à la suite de ses couches. On constate une tumeur dans le petit bassin, à gauche; on admet une inflammation tubo-ovarienne avec péritonite consécutive. Après deux mois de traitement médical sans succès, laparotomie le 4 octobre 1886.

Le grand épiploon est adhérent à la trompe gauche et à l'utérus; au-dessous, deux anses intestinales adhérentes; liquide séro-sanguinolent. Pas de lésion de la trompe ni de l'ovaire ; toilette du péritoine après rupture des adhérences et excision de l'extrémité de l'épiploon. Pas d'incident pendant les deux premières semaines; abcès de la paroi pendant la troisième. Au bout d'un mois (le 2 novembre), sortie de l'hôpital. Depuis cette époque, l'opérée n'a pas eu d'accident.

2° Femme de 28 ans; périmétrite en septembre 1887, améliorée par le massage, les bains, l'iode. Nombreux accidents au mois d'octobre ; douleurs vives, tympanisme, tumeur à droite de l'utérus. On diagnostique : pelvipéritonite enkystée avec adhérences. Opération le 12 janvier 1888. Les lésions sont analogues à celles du cas précédent : adhérences épiploïques, adhérences intestinales, épanchement séro-purulent. Après la section des brides, l'utérus descend, et la rétroflexion qui existait se transforme en antéflexion. Les organes sont sains; on trouve seulement une infiltration circonscrite et dure du tissu conjonctif, à droite de l'utérus, en dehors du péritoine. Guérison rapide. L'opérée, qui n'avait pas eu d'enfants depuis huit ans, est devenue enceinte.

L'auteur n'est pas partisan de la laparotomie dans les cas où l'on constate la tuberculose pulmonaire. L. GALLIARD.

VII. — Witzel a fait des recherches expérimentales pour déterminer la meilleure façon de débarrasser le péritoine des substances septiques. Il pense que le mieux est de faire plusieurs petites ouvertures et d'introduire des drains dans plusieurs directions. Cette méthode a été employée trois fois sur le vivant : les trois malades ont succombé; l'auteur déclare cependant qu'on a pu se convaincre, surtout dans un cas, de rupture d'abcès périty phlique, de l'innocuité et de l'efficacité de cette manière de faire. PIERRE DELDET.

VIII. — Après avoir blâmé les chirurgiens qui écrivent et professent que la laparotomie est une opération facile et accessible à tous, l'auteur montre combien sont fréquents et inattendus les accidents qui peuvent se présenter au cours d'une intervention : hémorragie, rupture intestinale, difficulté des ligatures, etc., souvent beaucoup plus graves et qui demandent beaucoup plus d'expérience de la part du chirurgien que le traitement des accidents ultérieurs, tels que péritonite, hernie, etc., tous accidents, du reste, qui doivent être attribués, d'après l'auteur, à un défaut dans le mode opératoire de l'opération antérieure.

La statistique de l'auteur présente 33 cas, comprenant toutes les laparotomies faites, pour quelque cause que ce soit, de juillet 1886 au 1er juin 1889. Dans 30 cas on fit le drainage du péritoine, 40 0/0. En aucun cas il n'y eut de hernie (une s'est produite depuis le début de l'impression du mémoire). Toutes les malades sont en bonne santé, sauf

quatre, dont deux sont mortes depuis l'opération. Aucune malade n'a vu son état aggravé par l'opération.

Sur 33 cas il y eut 2 morts : l'une du septième au dixième jour : l'autre de choc sans s'être réveillée. Les 28 dernières opérations ne comptent qu'une de ces deux morts, et les 18 derniers cas forment une série heureuse sans une seule mort.

La complication la plus souvent notée a été la métrorragie post-opératoire. F. VERCHÈRE.

I. — Sur le rétrécissement dysentérique du rectum, par A. CASTEX (*France médicale*, 9 *et* 12 *février* 1889).

II. — Villous tumor of the rectum, par G. COOK (*New-York med. Record*, *p.* 38, 13 *juillet* 1889).

III. — Electrolysis in the treatment of stricture of the rectum, par R. NEWMAN (*Americ. med. Assoc. New-York med. Record*, *p.* 19, 6 *juillet*, 1889).

IV. — Ueber Colorectostomie, par E. ULLMANN (*Wien. med. Presse*, *n°* 24 *p.* 985, 1889).

V. — De la colopexie ou nouvelle opération pour la cure des formes graves du prolapsus rectal, par JEANNEL (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 8 *octobre* 1889).

I. — De l'étude comparative d'un certain nombre de faits, Castex, laissant de côté les caractères communs à tous les rétrécissements du rectum pour s'attacher à dégager et à grouper ceux qui appartiennent plus particulièrement à celui qui succède à la dysenterie aiguë ou chronique, arrive à reconnaître une variété assez typique, différant parfois des autres variétés seulement par des nuances, mais ces nuances à tout le moins serviront à rendre plus affirmatif le diagnostic de la cause et plus précise l'indication opératoire.

C'est ainsi que le rétrécissement dysentérique est beaucoup plus fréquent chez l'homme que chez la femme ; qu'étant d'origine cicatricielle, il est le plus souvent partiel et non circulaire, valvulaire, mince, postérieur, sus-sphinctérien et quelquefois multiple; qu'étant partiel, il présente atténués, les graves inconvénients de l'obstruction rectale. Les matières sortent rubanées, parfois même triangulaires. Les fistules qui en sont comme la complication obligée sont plutôt des fistules extra-sphinctériennes de l'espace pelvi-rectal supérieur. L'état général n'est guère atteint. Enfin, l'intervention chirurgicale est simple et les récidives rares. C'est dire qu'il s'agit d'un rétrécissement assez facilement curable.

Deux méthodes sont imputables à la cure de ces brides intra-rectales : 1° la dilatation digitale ou instrumentale; 2° la rectotomie interne.

E. DESCHAMPS.

II. — Femme de 40 ans, ayant depuis cinq ans des douleurs rectales et de temps à autre une sécrétion muco-purulente. Ces signes ont augmenté peu à peu ; depuis six mois, perte de l'appétit, affaiblissement et amaigrissement. De temps à autre la tumeur sort par l'anus, ne gênant pas les selles qui sont quelquefois teintées de sang.

A l'examen, tumeur molle, implantée sur la paroi postérieure du rectum. Opération. La tumeur comme un œuf, sessile, présente une base d'implan-

tation sur un tissu fibreux résistant d'où partent des villosités molles formant la masse de la tumeur ; elles sont longues et plus larges à l'extrémité libre. Double ligature; excision au bistouri ; guérison. Allingham ne compte que 24 cas semblables. Celui-ci serait le 25e, dit l'auteur. Ces productions considérées comme bénignes par les auteurs, ne le sont pas toujours ; trois fois, Allingham a vu un épithélioma leur succéder. P. DUFLOCQ.

III. — Même mode opératoire que pour le rétrécissement de l'urètre. Le courant varie de 5 à 15 et jusqu'à 20 milliampères; les séances durent de 5 à 15 et 20 minutes et sont répétées pendant une à deux semaines. Sur 12 cas, il y a 2 hommes ; l'âge est de 30 à 40. 8 cas de simple rétrécissement; 4 de rétrécissements multiples. Comme causes : les hémorroïdes et la constipation surtout ; puis la syphilis, l'entérite vénérienne et la dysenterie. Dans un cas, il y avait 5 fistules qui guérirent toutes seules après l'opération.

Il y eut neuf guérisons et trois améliorations.

Les neuf guérisons ont été revues pendant un temps qui va de un à six ans.

N. conclut que ce traitement est utile, qu'il peut guérir quand les autres moyens échouent ; qu'il supprime l'usage des bougies et toutes autres pratiques qui suivent les opérations.

Le rétrécissement fibreux est celui pour lequel convient le mieux ce traitement. P. DUFLOCQ.

IV. — Envisageant les inconvénients de la colotomie et de l'anus contre nature dans les carcinomes inopérables du rectum, Ullmann propose une opération qui aurait pour but de faire communiquer le colon avec la portion terminale du rectum, dans les cas où ce rétrécissement cancéreux siège à 1 centimètre au moins au-dessus du sphincter.

Il fait sur le cadavre, à gauche, l'incision latérale de Zuckerkandl, pénètre à gauche du rectum jusqu'au péritoine, ouvre le cul-de-sac péritonéal, cherche la limite supérieure du carcinome pour savoir s'il est opérable et, s'il ne l'est pas, atteint l'S iliaque. Il ouvre le rectum au-dessous de l'obstacle et incise l'S iliaque de façon à pouvoir suturer les deux segments l'un à l'autre.

Quand le carcinome atteint l'anus, cette opération n'est pas praticable.

L. GALLIARD.

V. — Femme de 57 ans, qui, en novembre 1888, fut atteinte subitement d'un prolapsus du rectum avec douleurs lombaires et incontinence des matières fécales et de l'urine. Un mois après, on constatait à la région périnéale un énorme prolapsus du rectum. Par des pressions exercées méthodiquement, on pouvait faire rentrer la masse dans le rectum et l'y maintenir, à la condition d'y laisser la main tout entière; mais celle-ci retirée, le prolapsus se reproduisait à l'entrée de la vulve; cystocèle assez volumineuse ; rétroversion de l'utérus prolabé, dont la remise en place ne modifiait nullement le prolapsus rectal ; ténesme continuel ; incontinence des matières fécales, diarrhéiques et incontinence d'urine.

Après avoir échoué par des cautérisations longitudinales faites avec le thermocautère, Jeannel résolut de remonter l'intestin en son lieu et place et de rétablir les liens supérieurs, ce qui devait amener la réduction et la contention du prolapsus, puis d'établir dans la fosse iliaque un anus artificiel pour combattre la rectite, le ténesme, la diarrhée et enfin de restaurer plus tard l'orifice anal. Il commença par ouvrir le ventre, et rechercha l'S iliaque. Après avoir tiré sur son bout rectal de bas en haut et l'avoir amené assez

facilement au dehors et suffisamment pour réduire toute la masse prolabée, il la fixa par le procédé de Maydl, et, pour rendre plus sûre la formation des adhérences, il comprit deux appendices épiploïques dans les quelques points de suture destinés à rétrécir la plaie abdominale. Un pansement légèrement compressif fut appliqué sur le tout; cinq jours plus tard, il y eut une selle abondante par l'anus périnéal, sans réapparition du prolapsus.

Le lendemain, on procéda à la création de l'anus artificiel par incision pratiquée avec le thermocautère sur le sommet de l'anse intestinale herniée, et bientôt des selles abondantes apparurent par cet orifice ; peu à peu elles diminuèrent, en même temps qu'elles s'engageaient de plus en plus par l'anus périnéal. Deux mois après l'opération, les garde-robes avaient encore lieu par cette double voie, mais le prolapsus ne s'était pas reproduit, et la malade avait repris ses forces. Cette amélioration s'est continuée, et cinq mois plus tard l'état des parties était le suivant : l'anus périnéal avait repris sa place et sa forme, et le sphincter avait recouvré en grande partie sa contractilité, sans qu'aucun traitement local ne fût intervenu. Quant à l'anus iliaque, encore assez large, il possédait un éperon, dont la destruction sera facile lorsqu'on aura résolu de fermer l'orifice; il n'y avait plus d'incontinence d'urine, et la cystocèle et le prolapsus de l'utérus avaient disparu. La malade se trouve actuellement dans les meilleures conditions pour compléter la cure. OZENNE.

I. — Invagination fœtale de l'iléon suivie d'atrésie intestinale, par CHIARI (*Berlin. klin. Woch., n°* 27, *p.* 627, 8 *juillet* 1889).

II. — Étranglement interne par une bride congénitale, par J. HEDDÆUS (*Berlin. klin. Woch., n°* 37, *p.* 823, 16 *septembre* 1889).

III. — Occlusion intestinale aiguë et péritonite par perforation, par COPPENS (*Archives de médecine, novembre* 1888).

IV. — Ueber die secundären, d. i. nach Eingriffen am Peritoneum auftretenden Darmverschliessungen (De l'occlusion intestinale secondaire à des opérations sur le péritoine), par Alfred OBALINSKI (*Berlin. klin. Woch., n°* 12, *p.* 251, 25 *mars* 1889).

V. — Sur le traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité, par LARAT (*Bull. de l'Acad. de médec.*, 16 *juillet* 1889).

I. — Enfant du sexe masculin, mort le septième jour après la naissance, avec tous les signes d'une atrésie congénitale de l'intestin.

Cette atrésie siégeait au niveau de l'iléon, à 15 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin. Le gros intestin et la portion inférieure de l'iléon, longue de 15 centimètres, étaient vides ; le reste de l'intestin grêle, au contraire, était très distendu.

Au niveau de l'atrésie, il manquait environ 5 centimètres d'iléon, ce qui s'expliqua quand on reconnut qu'au-dessous du point oblitéré l'iléon contenait un tronçon invaginé long de 4 centimètres formé uniquement de la lamelle extérieure, sauf au niveau de son extrémité inférieure où il présentait encore sa lamelle interne. Chiari signale la rareté des invaginations intestinales durant la vie intra-utérine et la singulière terminaison de ce cas par atrésie.

J. B.

II. — Homme de 22 ans ayant eu, en février dernier, durant 2 jours, des coliques avec ictère. A Pâques, nouvelles crises de douleurs abdominales, sans jaunisse. Le 8 mai, réapparition des coliques suivies des symptômes d'une périty phlite, d'une péritonite généralisée et d'une double pleurésie.

Le malade s'était lentement rétabli, lorsque au commencement d'août il fut

repris de vives douleurs abdominales pendant plusieurs jours consécutifs. Ces coliques irradiaient de l'hypogastre et avaient leur maximum à droite et au-dessus de l'ombilic, où la sensibilité à la pression était exquise.

Le paroxysme douloureux fut suivi d'un ictère intense et de phénomènes de péritonite. L'ictère disparu, survint de l'iléus qui au bout de quatre jours se termina par des selles fluides abondantes.

Néanmoins, mort par épuisement, le jour même.

Autopsie. Rien d'anormal ni dans les voies biliaires, ni dans le cœcum et son appendice.

Au-dessus du promontoire, fixé à la paroi abdominale postérieure, se trouvait un cordon dur de tissu conjonctif, de l'épaisseur d'un crayon et long d'un demi-pied, soudé, à 12 centimètres au-dessus de la valvule de Bauhin à l'iléon qu'il entourait et étranglait, pour aller ensuite se perdre dans le grand épiploon.

Il s'agissait d'une bride congénitale formée par les vestiges persistants du conduit omphalo-mésaraïque. J. B.

III. — La péritonite par perforation est la seule de toutes les variétés de pseudo-occlusion qu'il soit possible de confondre avec l'occlusion intestinale. Le diagnostic est possible, quoique fort difficile.

Les éléments sont tirés de l'examen de la température, du degré et du mode d'apparition du météorisme. Contrairement à ce qui a été soutenu jusqu'ici, c'est dans la péritonite et non dans l'étranglement que se rencontre le plus tôt et au plus haut degré le ballonnement du ventre.

S'il est possible de distinguer l'occlusion intestinale aiguë de la pseudo-occlusion, il est presque toujours impossible, dans les cas d'occlusion vraie, de savoir de quelle variété il s'agit.

Il est dangereux dans l'occlusion intestinale d'avoir trop longtemps recours aux moyens dits de douceur. L'intervention s'impose de bonne heure.

L'incision abdominale doit être médiane et suffisamment grande pour assurer la rapidité et la facilité de l'exploration. RICHARDIÈRE.

IV. — Obalinski relate trois cas d'étranglement interne consécutif à une laparotomie. Pour lever l'obstacle à l'écoulement des matières, il fit une nouvelle laparotomie qui chez deux des opérés fut suivie de guérison.

La cause de l'occlusion était due deux fois à des adhérences intestinales et une fois à un volvulus.

La constatation des mouvements antipéristaltiques à travers la paroi abdominale est, d'après Obalinski, le signe diagnostique le plus important pour différencier l'étranglement interne vrai, par obstacle mécanique, de l'occlusion fonctionnelle symptomatique d'une péritonite.

Pour éviter la formation d'adhérences post-opératoires, Müller (*R. S. M.*, XXX, 616), a proposé d'introduire dans la cavité péritonéale un liquide aseptique.

Afin de se rendre compte de la valeur de cet expédient, Obalinski a institué des expériences sur les lapins qui l'ont amené aux conclusions suivantes :

1° Les liquides aqueux sont résorbés très rapidement, et loin d'empêcher la production d'adhérences semblent la favoriser ;

2° Les liquides oléagineux, grâce à leur lente résorption, préviennent, il est vrai, le développement d'adhérences au niveau des points lésés du

péritoine, mais ils provoquent une péritonite mortelle par l'irritation qu'ils occasionnent;

3° C'est quand on s'abstient d'introduire quelque liquide que ce soit dans la cavité péritonéale, qu'on obtient les résultats les meilleurs au point de vue du nombre et de l'épaisseur des adhérences. J. B.

V. — Larat rapporte vingt-quatre observations d'occlusion intestinale traitées par l'électricité, à l'aide du lavement dit électrique, qui a l'avantage de répartir l'électricité sur une grande étendue de la surface intestinale, et d'éviter ainsi l'action chimique locale des excitateurs. L'instrumentation se compose d'une pile à courants continus d'au moins 26 éléments; d'une plaque métallique recouverte de peau de chamois et d'agaric; d'une sonde en gomme, munie d'un mandrin métallique creux et d'un irrigateur ordinaire rempli d'eau tiède et salée. Lorsque cet appareil fonctionne, l'eau salée électrisée se répand à la surface de la muqueuse de l'intestin et joue ainsi le rôle d'un excitateur liquide très étendu. Suivant les cas, l'intensité du courant doit varier entre 10 et 50 milliampères, et chaque séance entre 5 et 20 minutes : on obtient alors ou une évacuation abondante, ou seulement quelques matières en purée, ou bien le liquide du lavement presque pur; dans ces deux derniers cas, il faut recommencer l'opération.

Sur les 24 malades ainsi traités, Larat compte dix guérisons complètes, six demi-succès, six insuccès et deux cas négligeables où le traitement a été insuffisant. Les insuccès ont été dus pour la plupart à des obstacles impossibles à surmonter. OZENNE.

I. — **Zur operativen Behandlung der narbigen Pylorustenose (Traitement chirurgical du rétrécissement pylorique), par ORTMANN** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 9, *p.* 172, 1889).

II. — **Zur Casuistik und Therapie der Pylorusstenose, par E. GOLDENHORN et S. KOLATSCHEWSKY** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 51, *p.* 1023, 17 *décembre* 1888).

III. — **A case of cicatrical stenosis of the pylorus relieved by Loreta's operation, par F. KINNICUTT et W. BULL** (*New-York med. Record*, *p.* 617, 8 *juin* 1889).

IV. — **Résection du pylore pour cancer; ovariotomie pour métastase, par KROENLEIN** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 16, *p.* 499, 15 *août* 1889).

V. — **Fourchette arrêtée dans l'estomac. Gastrostomie. Suture de la plaie stomacale et réduction immédiate, par TERRIER** (*Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, *XV*, *n°* 6, *p.* 437).

I. — Dans l'un des cas publiés par l'auteur, il s'agit d'une résection classique du pylore; dans l'autre, d'une pyloroplastie d'après le procédé de Heineke-Mikulicz. Les deux sujets étaient atteints de rétrécissement cicatriciel du pylore consécutif à l'ulcère de l'estomac. Deux succès complets.

1° Femme de 40 ans, atteinte depuis plusieurs mois de désordres gastriques et, depuis 10 semaines, de douleurs vives au côté droit de l'abdomen. Dilatation considérable de l'estomac, tumeur au niveau du pylore qu'on considère comme carcinomateuse; on ne constate, du reste, ni adhérences ni métastases.

Opération le 17 mai; la tumeur s'étend sur l'estomac et nécessite la résection d'un segment qui mesure 9 centimètres du côté de la grande courbure. Double rangée de sutures et même, sur un point, triple rangée. Irrigations au sublimé, toilette avec la gaze sublimée chaude, suture de la paroi abdominale. L'opération dure en tout une heure et demie; suites favorables, pas de fièvre. Au bout de 8 jours, l'opérée mange des œufs, au bout de 15 jours de la viande. Le 11 juin, elle quitte l'hôpital complètement guérie. Six mois et demi plus tard, elle fait savoir qu'elle se trouve en bon état, beaucoup mieux qu'avant l'opération.

L'examen de la tumeur a montré qu'il n'y avait pas là de cancer, mais un ulcère cicatrisé, avec hypertrophie de la paroi gastrique. Donc, malgré l'erreur de diagnostic, l'auteur se félicite de son intervention.

2° Fille de 23 ans, chez qui l'ingestion volontaire d'une cuillerée d'acide sulfurique a déterminé des ulcérations et une cicatrice secondaire rétrécissant le pylore. L'accident date de 6 ans. Dilatation considérable de l'estomac.

Opération le 25 juin 1888. L'ouverture de l'estomac à 7 centimètres du pylore permet de pénétrer avec le doigt jusqu'à l'anneau pylorique. Incision longitudinale jusqu'au duodénum, puis suture en forme de T renversé, dont la branche verticale est plus longue que l'horizontale. Réunion par première intention. Départ de l'opérée guérie le 27 juillet. L. GALLIARD.

II. — Garçon de 15 ans présentant depuis 2 ans, des troubles gastriques, ayant débuté après une chute : douleurs épigastriques et vomissements alimentaires. Depuis un an, le ventre est en outre gonflé surtout à gauche. Les aliments sont souvent rejetés, à peine modifiés 5 ou 6 jours après leur ingestion. Emaciation très grande, mouvements péristaltiques de l'estomac, bruit et clapotement perceptible á distance. A l'endroit du ventre le plus sensible, on constate l'existence d'une saillie annulaire dure dont l'emplacement et la configuration correspondent au pylore. Les matières vomies ne contiennent pas de sang, mais un grand nombre de sarcines. La quantité des urines oscille entre 100 et 200 grammes; elles sont alcalines et légèrement albumineuses. Les lavages stomacaux, joints à un régime approprié n'ayant pas empêché une diminution continue de poids (de 25 kilog. à 23, 8) Kolatschewsky se décida à opérer le malade. Incision de 10 centimètres, oblique de gauche à droite et de haut en bas. Le pylore, facilement trouvé, forme une tumeur mobile dure, de la grosseur d'une pomme; plusieurs ganglions épiploïques engorgés sont extirpés en même temps que le pylore est réséqué. L'opération dure 2 heures et est suivie d'un certain collapsus. Apyrexie, réunion de la plaie par première intention et guérison retardée seulement par un abcès au niveau des sutures. Le morceau d'estomac enlevé est long de 2c,5 sur la petite courbure et de 4 1/2 sur la grande, son diamètre est de 16 centimètres; le fragment de du odénum extirpé en même temps a 1/3 de centimètre de long. La muqueuse stomacale est épaisse et plissée; l'orifice duodénal de l'estomac est complètement masqué par ces plis qui forment des saillies polypeuses coniques et cylindriformes. A la partie antérieure de la valvule pylorique ainsi modifiée, persiste un orifice arrondi de 1/2 centimètre de diamètre, conduisant dans le duodénum. Au niveau de cet orifice, la muqueuse est raboteuse et rongée. En somme, on a affaire à un ulcère cicatrisé de la valvule pylorique et à une obstruction presque complète de l'orifice duodénal de l'estomac par les épaississements polypiformes de la muqueuse. J. B.

III. — Homme de 38 ans, malade depuis 18 mois; troubles gastriques, éructations, constipation et depuis peu vomissements deux à trois fois par jour souvent marc de café, aspect cachectique, douleurs épigastriques. Dilatation de l'estomac. Recherche de l'acidité stomacale. HCl est présent dans deux examens consécutifs. On élimine le cancer et l'on fait le diagnostic de rétraction cicatricielle du pylore. Opération, pas d'adhérences du pylore

que l'on ouvre à deux pouces de l'orifice; il laisse passer une bougie urétrale n° 20. Dilatation graduelle par un doigt puis deux, l'on écarte jusqu'à 2 pouces de diamètre. Sutures, guérison rapide. L'alimentation est reprise sans douleurs, disparition de tous les troubles. P. DUFLOCQ.

IV. — Suite de l'histoire de la femme opérée avec succès par Kroenlein. (*R. S. M.* XXXIII 219), pour un cancer de l'estomac.

17 mois après la résection de l'estomac, le ventre commence à grossir sans qu'il y ait de troubles gastriques.

Au niveau de l'épigastre, tumeur bosselée, transversale, indiquant une récidive du cancer à l'estomac et à son voisinage.

Au niveau du bas ventre, tumeur fluctuante à l'intérieur à laquelle se sentent des noyaux arrondis durs et très mobiles, ce qui fait diagnostiquer à Krönlein une métastase cancéreuse dans les deux ovaires avec péritonite enkystée.

Ablation des deux ovaires formant des tumeurs cancéreuses grosses comme la tête. Guérison apyrétique. J. B.

V. — Terrier présente un malade qui avait avalé une fourchette en voulant refouler une peau d'orange arrêtée dans le gosier.

On sentait l'extrémité de la fourchette un peu à droite de la ligne médiane.

Laparotomie. Incision de 10 centimètres *sur la ligne médiane* à 8 centimètres de l'appendice xyphoïde et à 4 centimètres de l'ombilic. Après l'incision du péritoine, l'estomac apparaît, la peau antérieure soulevée par la saillie du corps étranger. On attire au dehors l'extrémité de la fourchette coiffée de la paroi stomacale; puis incision de cette paroi au bistouri, en ménageant les vaisseaux. Dégagement facile de la fourchette.

Séparation sur une petite étendue de la muqueuse et de la musculeuse; 5 points de suture au catgut sur la muqueuse, 5 sutures de Lembert au catgut sur la musculeuse et la séreuse. Bonne réunion linéaire. Réduction de l'estomac. Sutures de la paroi abdominale. Suites opératoires très simples. Au 10e jour, le malade est guéri, toutes les sutures enlevées. C. WALTHER.

La chirurgie du foie, par Lawson TAIT (*Edinburgh med. Journal, octobre et novembre* 1889, *p.* 305 *et* 401).

Rappelant que la première cholécystotomie fut faite par J.-L. Petit, l'auteur explique l'oubli dans lequel était tombée cette opération, par la grande difficulté à la faire avant l'emploi du chloroforme. Ce n'est qu'en 1867 qu'il la fit pour la première fois pour une cystite et une pécicystite calculeuse biliaire suppurée. Puis Marion Sims, en 1878, eut un insuccès, et en 1879, l'auteur obtint un premier succès.

Au point de vue opératoire, il conseille de s'en tenir aux principes de J.-L. Petit, repoussant le conseil de Spencer Wells indiquant de fermer la vésicule et de la rentrer dans l'abdomen; il préfère sututrer à la plaie abdominale le fond ouvert de la vésicule et le drainage permet de soigner et de guérir l'état inflammatoire, presque constant de la muqueuse de la vésicule. Il ajoute de plus que les changements de volume fréquents de la vésicule et surtout sa distension, peuvent, dans le cas surtout où un calcul obstruant en partie le cholédoque est resté inconnu, amener la rupture de la suture et l'épanchement mortel de bile dans le péritoine.

Les calculs biliaires peuvent se diviser en deux variétés, les calculs multiples et les calculs solitaires. Dans ce dernier cas, le calcul est presque toujours engagé, et il faut le rechercher, le lithotritier, ou l'extraire avec

une petite pince forceps. Si l'on n'a pu le faire, l'établissement d'une fistule biliaire est indispensable et permet au malade de vivre sans douleurs et sans malaise. Deux observations fort intéressantes le démontrent.

Le grand inconvénient d'une fistule biliaire permanente et, dans certains cas, indispensable, a donné naissance au procédé de Mayo Robson; anastomose du fond de la vésicule au duodénum, que l'auteur conseille dans les cas où, pendant l'opération, on trouve des conditions telles que l'on peut prévoir l'établissement permanent de la fistule.

Quant à la cholécystectomie, Lawson Tait la repousse complètement, comme impossible souvent et trop dangereuse dans la plupart des cas.

La statistique des opérations de cholécystectomie rapportée en tableau, donne, pour 55 opérations, trois décès. Elle a été faite 49 fois pour des calculs biliaires et sur ces 49 cas, il y eut deux morts. Dans l'un des cas de mort, la vésicule était supprimée. Les autres cholécystectomies ont été faites deux fois pour distension, une fois pour suppuration, deux fois pour cancer, une fois pour cholémie. L'auteur rapporte 17 cas d'incisions exploratrices ayant amené la mort. Presque toutes permirent de reconnaître des cancers ou des tumeurs inopérables du foie.

A ce propos, il revient sur le fait qu'il a déjà signalé et qui a, soit passé inaperçu, soit entraîné l'incrédulité générale, de la disparition inespérée de certaines tumeurs parfois d'un gros volume, à la suite d'une simple incision exploratrice. Ces résultats sont en faveur de l'emploi fréquent de ce mode d'incision. C'est à ce moyen qn'il faut aussi recourir pour traiter la péritonite tuberculeuse. L'auteur recommande de faire suivre la laparotomie évacuatrice du drainage.

L'auteur rapporte une série d'observations extrêmement curieuses d'une tumeur du foie de nature indéterminée guérie par l'ablation, de deux laparatomies exploratrices, l'une recélant des abcès miliaires du foie, une autre des nodules hépatiques, toutes deux ayant amené la guérison; de quatre cas de laparotomies faites dans le but d'enlever la rate; un malade mourut de l'incision, les trois autres guérirent sans qu'il y ait eu ablation de la rate augmentée de volume.

De même un cas de tumeur de la tête du pancréas. Les abcès et les kystes hydatiques doivent actuellement être traités par la laparotomie.

La ponction a guéri trop rarement les kystes hydatiques pour qu'on puisse se fier à son action, sauf, peut-être, dans la variété de kyste unique volumineux, à parois minces; dans la deuxième variété de beaucoup la plus fréquente, kystes multiples variant du volume d'une tête d'épingle à une noix de coco, la laparotomie seule peut amener la guérison.

Sur dix-sept laparotomies faites pour ces deux causes, l'auteur n'a eu que deux décès, l'un pour un kyste hydatique suppuré, l'autre dans un cas d'abcès du foie.

Un dernier point à signaler et redouté des chirurgiens, c'est l'hémorragie résultant de l'incision des vaisseaux béant du tissu hépatique. Pour l'arrêter, Lawson Tait se contente de badigeonner les lèvres de l'incision avec une solution concentrée de perchlorure de fer, l'hémorragie s'arrête, et aucun accident ne survient. F. VERCHÈRE.

Affections chirurgicales des reins, des uretères et des capsules surrénales, par LE DENTU (*Un vol. in-8°, Paris*, 1889).

Cet ouvrage important constitue un traité didactique complet des affections rénales dont le traitement peut, à un moment donné, aboutir à une action chirurgicale, et il attribue une importance égale à la pathologie proprement dite et à la médecine opératoire.

Dans un premier chapitre, Le Dentu étudie les *lésions traumatiques* des reins, les plaies par instruments piquants, tranchants et contondants et par armes à feu, les déchirures et les ruptures sous-cutanées, ainsi que les complications immédiates de tous ces traumatismes. Puis vient la *lithiase rénale*, et ici l'étude clinique de cette affection et de ses accidents (anurie calculeuse, hématurie, coliques néphrétiques, etc...) est exposée dans tous ses développements; quant au traitement, l'auteur y insiste avec une compétence toute spéciale, qu'il s'agisse des diverses médications destinées à combattre la gravelle et les différents symptômes dus à la migration ou à l'arrêt des graviers rénaux, ou bien qu'on intervienne chirurgicalement pour déplacer les concrétions, débrider la capsule propre du rein, inciser cet organe par la néphrolithotomie ou l'enlever entièrement par la néphrectomie.

Un troisième chapitre est consacré aux *lésions inflammatoires*, pyélite et pyélonéphrite, pyonéphrose, néphrites primitives, abcès du parenchyme rénal et gangrène du rein : c'est à juste titre que Le Dentu étudie dans ses moindres détails la symptomatologie de ces inflammations rénales, puisque, à l'heure actuelle, la chirurgie est devenue si puissante contre elles.

La *périnéphrite*, quoique bien connue de plus longue date, n'en forme pas moins un chapitre de haute valeur, auquel les *fistules* constituent un complément naturel, qu'elles succèdent à l'ouverture d'un foyer périnéphrétique ou qu'elles viennent directement du rein lui-même pour aller déboucher soit à la peau, soit dans le péritoine, l'intestin ou le poumon.

L'histoire pathogénique, anatomo-pathologique, clinique et chirurgicale de l'*hydronéphrose* vient ensuite, et l'auteur passe en revue toutes les théories émises dans ces derniers temps au sujet de cette affection.

Les deux chapitres relatifs aux *kystes* et à la *tuberculose* du rein, quoique moins étendus que les précédents, présentent néanmoins un exposé complet de ces intéressantes altérations et des traitements les plus efficaces à leur opposer.

Les *tumeurs* solides, malignes et bénignes, sont, avec les *reins mobiles*, les dernières affections étudiées dans la partie pathologique du livre de Le Dentu.

Le reste de l'ouvrage est consacré à la véritable *chirurgie du rein*, soit simplement exploratrice, et comprenant alors l'exploration médiate (examen visuel, percussion, palpation, ballottement), l'exploration immédiate et l'exploration transpéritonéale, soit réellement curatrice. Celle-ci comporte plusieurs chapitres d'inégale importance. Tout d'abord ce sont les opérations simples, telles que la ponction, le débridement de la capsule propre ou néphrotomie superficielle, etc... Puis viennent, avec tous leurs détails de manuel opératoire, la néphrotomie, la néphrolithotomie, la néphrectomie et la néphrorraphie ou néphropexie : ici,

l'auteur entre dans les plus larges développements, étudiant et critiquant les divers procédés en usage et donnant son appréciation sur chacun d'eux, citant et analysant les différentes statistiques publiées jusqu'à ce jour. Les nombreuses opérations sur le rein, pratiquées par Le Dentu, et dont il relate les observations, lui permettent de donner une opinion personnelle appuyée sur l'expérience.

Enfin, les derniers chapitres créent une branche pour ainsi dire nouvelle de la pathologie urinaire : c'est la chirurgie des uretères et des capsules surrénales. A côté d'opérations devenues déjà classiques, comme le cathétérisme des uretères, nous en trouvons certaines autres complètement inédites, telles que par exemple la greffe de l'uretère sur la paroi abdominale, avec création d'un méat uretéral artificiel. R. JAMIN.

I. — **The evolution of the cystic kidney (rein kystique), par J. DANFORTH** (*Journal of Amer. med. Assoc.. p.* 541, 20 *octobre* 1888).

II. — **Rupture of the kidney (rein), par Ch. FENGER** (*Journal of Amer. med. Assoc., p.* 901., 22 *juin* 1889).

III. — **Ueber subcutane Nierenlaesionen (Des blessures sous-cutanées des reins), par Emerich RÉCZEY** (*Wiener Klinik, novembre* 1888, *et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 15, *p.* 467, 1er *août* 1889).

IV. — **Ueber die Nieren-Exstirpation bei malignen Tumoren (De l'ablation des reins pour tumeurs malignes), par Albert SIEGRIST** (*Thèse inaug. Zurich* 1889 *et Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 15, *p.* 471, 1er *août* 1889).

V. — **Ueber Nephrektomie, par Julius SCHMIDT** (*Cent. f. Chirurgie, n°* 48, *p.* 887, 1888).

VI. — **Intrapelvic kidney, abdominal nephrectomy, recovery (Rein dans le bassin, néphrectomie, guérison), par MUNDÉ** (*New-York med. Journ., p.* 58, 21 *juillet* 1888).

VII. — **Nephrophthisis with swelling of the ureter on one side, par SCHMITT** (*New-York med. Record, p.* 685, 22 *juin* 1889).

VIII. — **Ueber die bisherigen Erfahrungen auf dem Gebiete der Nephrorrhaphie (Résultats présents des opérations de néphrorraphie), par FRANK** (*Berlin. klin. Woch., n°* 9, *p.* 173, *n°* 10, *p.* 208, *et n°* 11, *p.* 229, 4, 11 *et* 18 *mars* 1889).

IX. — **Vorstellung eines Falles von operativer Behandlung einer Wanderniere und Wanderleber (Femme opérée successivement d'un rein flottant et d'un foie mobile), par LANGENBUCH** (*Berlin. klin. Woch., n°* 13, *p.* 289, 1er *avril* 1889).

X. — **Annähung einer embolisch infarcirt gewesen Wanderniere mit ungünstigen Ausgang (Fixation d'un rein mobile ; mort par suppuration d'un ancien infarctus), par LANGENBUCH** (*Berlin. klin. Woch., n°* 13 *p.* 289, 1er *avril* 1889).

XI. — **Néphralgie hématurique. Néphrectomie. Guérison, par Antoine SABATIER** (*Revue de chir.. n°* 1, *p.* 62, 1889).

XII. — **Pyonéphrose avec abcès périnéphrétique indépendant, par KROENLEIN** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 16, *p.* 497, 15 *août* 1889).

I. — Danforth classe les causes du rein kystique, et décrit le mécanisme par lequel chacune d'elles produit ce résultat. Ces causes se groupent sous cinq chefs principaux :

1° Causes diathésiques. — *a*. Un excès des éléments salins de l'urine, peut entraîner une précipitation des sels dans la lumière des tubes urinifères, et leur obstruction mécanique : ces sels agissent aussi en irritant les parois des tubes, ou bien en constituant des calculs intra-rénaux. — *b*. Les dépôts de tubercules, par l'irritation du tissu conjonctif voisin, oblitèrent les tubes et sont causes mécaniques de kystes : la masse tuberculeuse peut, elle-même, constituer un kyste, dont les parties liquides sont susceptibles de se résorber. — *c*. Le cancer, sous forme de dépôts nodulaires, subit la dégénération graisseuse ou mucoïde, se transforme en amas pultacés qui souvent s'éliminent par le bassinet et la vessie : ce nodule ainsi évacué, peut devenir l'origine d'un kyste; les kystes observés dans les cas d'encéphaloïde ressortissent peut-être à ce mode pathogénique.

2° Causes congénitales. — *a*. Le rein migrateur (mobile ou flottant lorsque l'uretère est tordu ou fléchi, subit, par l'urine arrêtée, une dilatation du bassinet, du calice, des tubes, etc. Ces accidents, passagers dans les cas de flexion, mais à répétition, peuvent entraîner la transformation kystique. — *b*. L'hydronéphrose congénitale qui dépend de quelque malformation du rein ou de ses annexes (oblitération de l'uretère surtout). — *c*. La dégénérescence kystique générale congénitale, qu'on a considérée comme une forme particulière de dégénérescence kystique des glomérules de Malpighi.

3° Obstruction mécanique consécutive à des affections des organes pelviens. — *a*. Maladies de la vessie. — *b*. Maladies de l'utérus et de ses annexes.

4° Causes traumatiques. — Un traumatisme du rein peut déterminer une dégénérescence kystique : il en existe plusieurs observations, mais l'explication certaine est encore à trouver.

5° Cette dernière classe comprend les « kystes pathologiques » dont il est trois variétés. — *a*. Kystes dermoïdes dont on n'a point encore rencontré d'exemple chez l'homme. — *b*. Les hydatides, qui ici ne présentent rien de particulier. — *c*. La métamorphose kystique générale, dérivée des corps de Malpighi et des tubes contournés dégénérés et altérés : il est probable que la nature de l'affection est une dégénérescence colloïde des cellules rénales. MAUBRAC.

II. — O. L., 20 ans, a fait de sa hauteur, une chute sur le côté droit : aussitôt, douleur très vive, puis un peu de sang dans l'urine durant une semaine ; la douleur persista avec du gonflement de la région.

Un an après l'accident, on trouvait à droite, une tumeur fluctuante allant des côtes au bassin ; une incision lombaire évacua de l'urine contenant du pus, mais la fièvre persistant, on enleva le rein par la voie lombaire ; mort au bout de trois semaines.

Le rein enlevé est partagé en deux portions inégales, la plus petite ne communiquant plus avec le bassinet dont elle est séparée par une bande de cicatrice. Dans le rein est un abcès qui s'étend jusqu'à la face inférieure du foie dont le lobe droit contient un abcès du volume d'un œuf, communiquant avec une collection située entre le lobe droit et le diaphragme ; à travers le diaphragme une ouverture met en communication cet abcès avec la cavité pleurale qui est le siège d'un empyème ayant perforé le tissu pulmonaire et se vidant par une grosse bronche du lobe inférieur. MAUBRAC.

III. — Réczey rapporte d'abord une observation personnelle concernant un

jeune garçon de 13 ans, tombé d'un échafaudage, sur la région lombaire gauche. Après avoir repris connaissance, il regagne à pied son domicile.

Il entre à l'hôpital quarante-trois jours après son accident, pour des hématuries profuses. A la suite d'une période d'amélioration, le septième jour, nouvelles hémorragies; le dixième, frisson; le vingt-deuxième, mort.

A l'autopsie : rupture complète du rein gauche; péritonite généralisée purulente; pneumonie franche du lobe inférieur gauche; anémie extrême des viscères.

Réczey a relevé dans la littérature 120 faits de ce genre; 53 se sont terminés par la guérison et 67 (55,83 0/0) par la mort.

Ces faits concernent surtout des hommes dans la force de l'âge. La cause de ces blessures sont des traumatismes circonscrits à la région lombaire.

Les symptômes diagnostiques sont : l'épanchement sanguin périrénal, l'hématurie et les douleurs dans la région des reins.

Les complications sont : fractures des côtes (16 fois), rupture de la rate (9 fois), rupture de l'intestin (1 fois), rupture de la vessie (1 fois); en outre des fractures et des luxations de différents os.

Les déchirures rénales sont généralement transversales; tantôt elles sont superficielles, tantôt il s'agit de ruptures complètes; elles peuvent être unilatérales ou bilatérales.

Au point de vue de leur évolution, on note tantôt une guérison rapide avec résorption de l'épanchement sanguin, tantôt la suppuration de celui-ci avec issue souvent fatale.

Le traitement doit être d'abord uniquement symptomatique : repos absolu, applications de glace, opium à l'intérieur. Il n'y a d'indication opératoire que lorsqu'il y a suppuration. J. B.

IV. — Siegrist a compulsé dans la littérature 64 cas de tumeurs malignes des reins pour lesquelles on a fait 61 fois la néphrectomie; dans les trois autres cas, où il s'agissait d'enfants, on s'est borné à l'incision exploratrice.

Chez 52 et 1/2 0/0 des opérés, la mort a été la suite immédiate de la néphrectomie.

15 0/0 des autres ont succombé à des récidives ou à des métastases, dans un laps de temps qui n'a pas excédé dix-huit mois.

Un opéré de Krœnlein était encore en parfaite santé quatre ans après la néphrectomie. Chez 4 opérés, la guérison persistait au bout de deux ans; chez 2, au bout de un an; chez 3, au bout de six mois et chez 1, au bout de cinq mois. Tous les autres survivants n'ont pas été observés au delà de quelques semaines après leur opération.

La mortalité est beaucoup plus considérable (58 0/0) dans l'opération intrapéritonéale que dans l'extrapéritonéale (24 0/0).

En revanche, les récidives locales sont beaucoup plus fréquentes quand on opère en dehors du péritoine (41 0/0), qu'en cas contraire (5 0/0).

Les sarcomes sont un peu plus communs (54 0/0) que les cancers (46 0/0).

J. B.

V. — Bardenheuer a fait dans les neuf dernières années 35 néphrectomies et 2 néphrotomies. Les 35 extirpations du rein se répartissent de la manière suivante : 7 cas de tuberculose, 7 abcès, 4 pyonéphroses, 5 pyélites, 1 kyste, 3 vraies et une fausse hydronéphrose, 4 tumeurs, dont

une de bonne nature. Trois fois il a extirpé des reins sains pour guérir des fistules uretérales consécutives à des extirpations de l'utérus. Dans tous les cas où le diagnostic a été fait (33), on a employé la voie lombaire. La guérison a été plus simple dans les cas où on a tamponné la plaie, que dans ceux où on a fait la suture et le drainage. Dans deux cas (1 fibrome de la capsule, 1 hydronéphrose) le diagnostic n'ayant pas été fait, on a employé la voie transpéritonéale. Des 35 opérés, 8 sont morts pendant le traitement et 2 plus tard; 25 ont donc survécu, soit environ 72 0/0. La néphrotomie a été faite deux fois (hydronéphrose traumatique aiguë, pyonéphrose). Les deux malades ont succombé.

Dans les cas où il existe un abcès périnéphrétique, comme la suppuration du rein est toujours antérieure, comme on ne sait pas s'il s'agit d'un abcès ordinaire ou d'un abcès tuberculeux, s'il existe un ou plusieurs foyers, il faut toujours faire la néphrectomie.

La voie lombaire permet d'extirper de volumineuses tumeurs. Il faut faire la résection de la douzième côte, si elle est utile.

Lorsqu'on blesse l'uretère en extirpant l'utérus, il faut faire la néphrectomie dans la même séance. PIERRE DELBET.

VI. — Dans ce cas, l'ectopie rénale a fait croire à une lésion des annexes de l'utérus, et c'est seulement après la laparotomie que le diagnostic a pu être posé.

Femme de 31 ans, mère de deux enfants, accusant de vives douleurs à la région de l'ovaire gauche, douleurs attribuées à un traumatisme récent. L'utérus est normal; à gauche, on trouve une tumeur qui a la forme d'un gros œuf, peu mobile, douloureuse à la pression, fournissant la sensation d'une masse tubo-ovarienne. Plusieurs médecins s'accordent sur la nature de cette tumeur : salpingo-ovarite avec adhérences.

Le 25 mai 1888, laparotomie. Les organes du côté droit sont normaux. A gauche, la tumeur est difficile à atteindre ; on s'aperçoit qu'elle est recouverte par le péritoine, mais il est impossible de supposer qu'elle soit entièrement extrapéritonéale. Le chirurgien l'énuclée avec beaucoup de difficulté après incision de la capsule, et alors il découvre qu'il a dans la main le rein gauche. Sa consternation est telle qu'il songe à remettre l'organe en place, mais la décortication est trop complète. Ligature du pédicule pour arrêter l'abondante hémorragie.

Ce n'est qu'à grand peine qu'on découvre l'ovaire gauche, atrophié, caché par les fausses membranes. On le respecte. Toilette de la cavité péritonéale. L'opération a duré quarante minutes.

L'opérée est déprimée pendant trois jours. P. 120, T. 100° F, R. 28. Vomissements, urine rare contenant un peu d'albumine.

Bientôt l'amélioration est notable. Le 4 juin, température normale; urine normale. L'opérée se lève le 15 juin. Guérison complète.

L'examen histologique du rein n'a révélé aucune lésion. L. GALLIARD.

VII. — Femme de 53 ans, ayant eu dans le temps une pleurésie et se plaignant de troubles urinaires, de fièvre par moments, de perte des forces. Tuberculose pulmonaire au deuxième degré. Tumeur dans la région du rein gauche; le toucher vaginal montre une tuméfaction de la terminaison de l'uretère dans la vessie. L'urine diminue de jour en jour; elle est de plus en plus purulente, contient des bacilles. Mort. Autopsie : confirmation du diagnostic.

L'auteur insiste sur la possibilité et l'utilité de l'examen des uretères par la voie vaginale. On les sent dans la paroi antérieure du vagin rouler sous le doigt, et on apprécie leur état dans les cystite, pyélite, pyélo-

néphrite, hydronéphrose, calculs, tuberculose et tumeurs de toute nature. P. DUFLOCQ.

VIII. — Pour son travail, Frank a réuni 41 observations de néphrorraphie pour rein mobile empruntées à divers auteurs et 20 observations analogues de Hahn. Deux opérées seulement ont succombé ; ce sont celle de Ceccherelli (*R. S. M.*, XXIV, 309) qui avait des lésions cardio-vasculaires et une de Hahn, qui avait vraisemblablement une affection organique de l'intestin.

39 autres néphrorraphies sont rapportées avec assez de détails pour qu'on puisse en juger le résultat. Celui-ci a été parfait dans 21 cas, c'est-à-dire que tous les troubles ont disparu ; il a été incomplet dans 11 et nul dans 7.

Dans les quatre opérations où l'on s'est borné à fixer la capsule adipeuse sans l'ouvrir, le rein est redevenu mobile et les anciens accidents ont reparu. Chez deux des femmes de Hahn, le rein fixé est venu faire hernie à travers la cicatrice opératoire, et l'on a dû intervenir à nouveau pour fermer l'hiatus lombaire qui donnait passage à l'organe.

Il est donc nécessaire que les opérées portent une ceinture. J. B.

IX. — Fille de 19 ans, ayant tous les phénomènes d'un rein mobile du côté droit. L'organe se trouve à la hauteur du nombril, à droite de l'abdomen; il est parfaitement mobile, facile à réduire, très douloureux à la pression. Incision lombaire et fixation du rein aux muscles des lombes, à l'aide de quatre fils de soie.

Guérison sans incidents. Six mois après cette néphrorraphie, l'opérée fait une chute dans un escalier; immédiatement, violentes douleurs dans la moitié droite du ventre et réapparition de la tumeur au même endroit qu'avant l'opération. On crut que le rein s'était de nouveau détaché. Mais l'incision de la cicatrice lombaire montre que cet organe était parfaitement fixé, tandis que la tumeur était formée par le lobe droit du foie rabaissé et mobile. Ce dernier fut réduit et maintenu en position par un tamponnement de la plaie avec de la gaze iodoformée. L'opérée resta couchée, le bassin relevé; le tampon ne fut retiré qu'au bout de quatre semaines. Guérison parfaite.

Mais à la suite d'un avortement, les tiraillements douloureux reparurent graduellement. Le foie, très mobile, dépassait de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Provisoirement, Langenbuch s'est borné à faire porter un bandage à la malade. J. B.

X. — Femme de 43 ans, atteinte depuis vingt-deux ans de coliques hépatiques. Dans la région correspondant à la vésicule biliaire, on constate l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, résistante, élastique, mobile latéralement et paraissant fixée en haut. Une incision exploratrice montre qu'il ne s'agissait pas de la vésicule dilatée; celle-ci, au contraire, était atrophiée et rétractée dans la profondeur. C'était le rein droit mobilisé qui formait la tumeur. Pensant qu'il pouvait contribuer à occasionner les crises douloureuses, Langenbuch, après avoir refermé le ventre, fit l'incision lombaire et la néphrorraphie, puis il tamponna la plaie.

Dès le deuxième jour, la plaie avait un mauvais aspect, et il existait une fièvre septique violente. Ayant coupé les fils qui fixaient le rein, on reconnut un foyer de suppuration à la face postérieure de cet organe. Mort dans le collapsus le troisième jour après l'opération.

Autopsie : pas traces d'épanchement ni d'inflammation dans la cavité péritonéale. Dans l'enveloppe graisseuse du rein, au niveau de l'extrémité inférieure de l'organe, vieil infarctus embolique de la grosseur d'une noix, qui est transpercé par un des fils de la suture. J. B.

XI. — Femme de 30 ans, depuis l'âge de 22 à 23 ans, accidents d'intensité croissante consistant en : oppression, œdème des membres inférieurs, prédominant à droite, gonflement douloureux du flanc droit survenant par crises.

Après plusieurs séjours dans des services de médecine, la malade entre dans le service de clinique chirurgicale. Etat général satisfaisant; peu d'amaigrissement. Rien aux poumons. Vomissements fréquents. Douleur sourde, profonde, au niveau du rein droit, persistante mais avec des périodes d'exacerbation et de véritables crises de deux heures de durée environ. A la palpation, pas de tumeur appréciable. Rien au foie. Rien au rein gauche.

Hématurie, par moments caillots, pas de pyurie. Diagnostic : calcul du rein.

Opération : incision de néphrectomie en L. Résection de la dernière côte. Le rein paraît sain, de volume normal. Incision exploratrice, exploration du bassinet et des calices, pas de corps étranger. En raison de l'abondance de l'hémorragie opératoire et de la possibilité de lésions de l'uretère provoquant l'hématurie, Sabatier fait la néphrectomie. En quarante-huit heures, disparition complète des douleurs, les urines redeviennent claires. Depuis vingt-sept mois, la guérison s'est maintenue parfaite. C. WALTHER.

XII. — Femme de 34 ans, ayant une fièvre intense, avec mauvais état général, une tumeur du côté droit de l'abdomen, fluctuante, extraordinairement douloureuse, s'étendant en avant jusqu'à la ligne blanche, tandis qu'en arrière elle fait saillir la région lombaire. Un peu d'œdème des téguments.

Opération le 15 mai. Incision de Simon sur le bord externe du sacro-lombaire. Le fascia profond fendu, on se trouve dans un gros abcès fétide et sans communication directe avec le rein. En avant de l'abcès, reste une autre tumeur, globuleuse, rénitente, élastique, formée par une pyonéphrose.

Après hémostase et désinfection de la plaie lombaire, Kroenlein incise la paroi abdominale antérieure, au niveau de la tumeur. Mais malgré sa situation latérale, il dut ouvrir la cavité péritonéale.

Après réduction d'un fragment d'épiploon et d'une anse d'iléon qui faisaient hernie, Kroenlein fixe, par une couronne de sutures à la soie, la paroi antérieure de l'abcès, revêtue du péritoine, à la plaie de l'incision tégumentaire. Tamponnement avec gaze iodoformée. Pour empêcher une infection venant de la plaie lombaire, petit pansement avec diachylon et collodion. Introduction d'un drain dans la plaie lombaire.

Pansement antiseptique occlusif, qu'on change régulièrement. Quatre jours plus tard, thrombose marastique des veines crurales gauches dont on a attendu la guérison pour inciser, le 5 juin, la pyonéphrose.

L'appareil de diachylon enlevé, on sectionne, sans aucune hémorragie, une épaisseur de deux centimètres de la substance corticale du rein et l'on évacue alors une quantité considérable de pus urineux. On reconnaît aux cloisons subsistantes de quelques calices, que c'est bien le rein qui est le siège de la suppuration. La paroi intermédiaire friable qui séparait les deux foyers purulents est perforée avec un instrument mousse introduit dans la plaie lombaire, et ensuite on fait passer un gros drain d'une plaie à l'autre. Évolution dès lors favorable. De temps en temps, seulement un peu de fièvre le soir. L'appétit et l'état général se sont relevés et les nombreuses eschares, résultant d'un séjour prolongé au lit, se cicatrisent. J. B.

I. — Lehrbuch der Cystoskopie (Traité de cystoscopie), par Max NITZE (*Wiesbaden, in-8°, p.* 329, 1889).

II. — Injury of the bladder during laparotomy, par Reeves JACKSON. (*N.-York med. Record*, 13 *juillet* 1889).

III. — Treatment of injuries of the bladder during laparotomy, par R. JACKSON (*Ibidem, p.* 49, 13 *juillet* 1889).

IV. — Die Exstirpation der Harnblase und die Totalexcision der Blasenschleimhaut (Extirpation de la vessie et excision de la muqueuse vésicale), par BROHL (*Wien. med. Presse, n°* 27, *p.* 1105, 1889).

V. — Ueber noduläre oder folliculäre Entzündung der Schleimhaut der Harnwege (Sur l'inflammation nodulaire ou folliculaire de la muqueuse des voies urinaires, cystitis, urethritis et pyelitis granulosa follicularis nodularis), par E. PRZEWSKI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVI, Heft* 3).

VI. — A case of hœmaturia in the male, par CHAPIN (*N.-York med. Journ., p.* 378, 6 *avril* 1889).

VII. — Cystite gangréneuse, par GIRARD (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 11, *p.* 330, 1er *juin* 1889).

I. — Ce livre, bien fait, orné de belles planches en couleurs, répond à un besoin car, bien que née en France, la cystoscopie y est encore assez peu pratiquée. Elle a cependant donné entre les mains de quelques chirurgiens de remarquables résultats, et c'est uniquement à la difficulté du manuel opératoire, à la complexité ou la grossièreté des appareils qu'elle doit son discrédit; à ce point de vue, l'ouvrage actuel marque un énorme progrès. — Nitze, en effet, aabandonné l'endoscope à éclairage réfléchi; son instrument, dont il a construit trois types, se compose d'une simple sonde métallique de Mercier dont le bec se termine par une ampoule de verre renfermant une anse de platine portée à l'incandescence par une batterie électrique. Cette lampe éclaire la vessie ou du moins une portion déterminée de la vessie. Sur l'angle de coudure de la sonde se trouve une fenêtre carrée munie d'un prisme réflecteur, par lequel l'image de la portion éclairée est projetée dans le corps de la sonde où elle est amplifiée par un système de lentilles; il suffit donc d'appliquer l'œil au pavillon pour recevoir l'image de toute la paroi vésicale comprise dans la concavité de la sonde. L'amplitude du champ de ce petit appareil est de 45° à 65°. — Les types 2 et 3 ne diffèrent du précédent qu'en ce que la fenêtre et le prisme sont, dans ces appareils, placés sur les parties latérale ou postérieure de la coudure et permettent, par conséquent, d'explorer les parties latérale et postérieure de la vessie sans avoir à retourner la sonde.

La première partie du livre traite des principes physiques de l'endoscopie, des conditions anatomiques de la vessie et de l'urètre et du manuel opératoire de l'auteur; la deuxième partie est consacrée à la description de l'aspect endoscopique de la vessie à l'état normal et à l'état pathologique, catarrhes, calculs, corps étrangers, tumeurs, hypertrophie de la prostate; la troisième, enfin, met en relief l'importance de la cystoscopie pour le diagnostic et le traitement des affections de la vessie et des voies urinaires.

20 observations intéressantes sont rapportées dans le corps de l'ouvrage qui se termine par une série de belles planches en couleurs. DE SANTI.

II. — L'auteur rapporte 67 cas de blessure de la vessie pendant la laparotomie.

Cet accident n'implique en rien la maladresse de l'opérateur. Il existe dans certains cas des adhérences de la surface péritonéale de la vessie élongée, avec la paroi antérieure de l'abdomen que rien ne permet de prévoir même pas le cathétérisme préalable. Une précaution utile est de ne pas prolonger l'incision abdominale jusqu'à la symphyse pubienne avant que l'ouverture péritonéale n'ait permis de s'assurer des rapports de la paroi antérieure de la vessie.

La mortalité, dans le cas de plaie de la vessie, dépasse 30 0/0.

Comme il est plus difficile de reconnaître les limites de la vessie quand elle est vide que quand elle est pleine, il est utile de la remplir d'abord, quitte à la vider quand l'incision abdominale est complète. P. DUFLOCQ.

III. — Quand la plaie est reconnue pendant l'opération, il faut suturer et laisser une sonde à demeure pendant deux à trois jours; si la plaie est petite cela suffit; si elle est large il faut faire le cathétérisme encore pendant deux à trois jours.

Quand l'urine apparaît à la plaie abdominale dans les jours qui suivent l'opération, il faut mettre une sonde à demeure, ou faire souvent le cathétérisme pour vider la vessie, empêcher l'issue de l'urine par la fistule et favoriser la cicatrice.

Si la fistule persiste après deux et trois mois, il faut l'opérer.

Dans quelques cas exceptionnels, on peut suturer les bords de la plaie à la paroi abdominale, mais on compromet ainsi l'extensibilité du viscère, et il vaut mieux toujours suturer l'un à l'autre et isolément les bords de la fistule. P. DUFLOCQ.

IV. — Bardenheuer pratique l'extirpation de la vessie ou la dissection de la muqueuse vésicale au moyen de son procédé de taille symphysienne : incision semi circulaire allant du tiers externe du ligament de Poupart d'un côté au tiers externe de celui du côté opposé. La vessie remplie de liquide se présente sans difficulté au chirurgien.

Voici quatre cas :

1° Tumeur du bas-fond de la vessie chez un homme de 57 ans avec prédominance à gauche. On enlève d'abord la partie antérieure de la vessie, puis la partie postérieure et le bas-fond ; l'uretère gauche ne laisse pas couler l'urine. Marche régulière de la cicatrisation pendant six jours. Le 14e jour, mort par urémie. On constate que l'uretère gauche est oblitéré et que le rein gauche est le siège d'une hydronéphrose.

2° Tuberculose vésicale chez une fille de 7 ans. L'auteur dissèque la muqueuse tout entière et l'enlève, puis il suture la vessie et applique un pansement iodoformé (9 mai 1887). La suture ne tient pas ; cependant l'enfant ne conserve qu'une petite fistule. Elle reste en bon état jusqu'en janvier 1888. Elle meurt en mars de tuberculose péritonéale.

3° Cancer de la région postérieure de la vessie chez un homme de 64 ans. Bardenheuer enlève cette région le 28 juillet 1887 et excise la muqueuse du reste de la vessie ; suture, pansement iodoformé. La suture manque en partie. La température oscille entre 39°,1 et 39°,3 le soir jusqu'au 10 août. Fistule vésicale persistant jusqu'au mois de février 1888 ; état général très bon, malgré le catarrhe vésical qu'on n'arrive pas à guérir. Le 31 août 1888, le malade, craignant d'être renvoyé de l'hôpital, détruit une partie de sa cicatrice. Incontinence d'urine à partir de ce moment.

4° Homme de 30 ans avec vessie polykystique ; dissection et excision de toute la muqueuse. Guérison lente mais complète. La plaie n'est cicatrisée définitivement qu'au bout de 18 mois. L. GALLIARD.

V. — Przewoski a tenté, dans une série de recherches, de savoir si les follicules clos (granulations ou nodules) de la muqueuse des voies urinaires sont des formations normales ou pathologiques. Voici les résultats auxquels il est arrivé : 1° chez le nouveau-né, il y a absence totale de follicules clos ; 2° il en est de même chez plusieurs jeunes sujets de 18 à 20 ans, morts de pneumonie, ainsi que chez une femme de 72 ans ; 3° chez 4 hommes et 4 femmes, où la muqueuse examinée à l'œil nu parut normale, il trouva de petits follicules sur les coupes. Les follicules clos, manquant parfois totalement, ne forment point par suite une portion constante de la muqueuse. Comme leur nombre et leurs dimensions varient, on peut conclure qu'ils peuvent se développer à tout âge. Ils semblent par suite reconnaître une origine pathologique.

Ils peuvent apparaître dans le bassinet, les uretères, le fond de la vessie et les urètres. D'après leur constitution et leurs dimensions, Przewoski pense qu'ils se forment de la façon suivante : le début est marqué par une infiltration diffuse de la muqueuse, qui se remplit ainsi de cellules lymphatiques. Puis on voit ces éléments se serrer davantage sur certains points, qui augmentent peu à peu de dimension, de sorte qu'au bout de peu de temps on aperçoit des foyers circonscrits de forme ovalaire ou arrondie. En traitant les coupes par le pinceau, on voit que ces foyers sont constitués par un réseau de tissus conjonctifs à mailles plus serrées à la périphérie, plus larges au centre, et remplies de cellules lymphathiques.

L'épithélium, qui recouvre le chorion de la muqueuse, est toujours modifié dans les points où l'infiltration est le plus marquée. L'altération la plus faible consiste dans la présence de leucocytes entre les cellules épithéliales. Dans le fond de la vessie, par exemple, les follicules les plus gros ne sont recouverts que par une assise unique de cellules cylindriques, tandis que les petits follicules sont revêtus d'une couche de 5 à 6 assises cellulaires, dont les plus superficielles se montrent constituées par des cellules aplaties et kératinisées. ED. RETTERER.

VI. — Un homme de 58 ans, bien portant jusqu'à cette époque, glisse dans la rue au mois de février 1888 et tombe. Trois semaines après cette chute, il a une hématurie, perdant environ une once de sang par jour durant plusieurs jours. Depuis ce moment, hématurie tous les mois. Le phénomène est si régulier qu'on peut en indiquer d'avance le jour. Chaque période est précédée de nausées, de malaises, de douleurs, de céphalalgie. Le sang est toujours mêlé à l'urine, jamais émis isolément ; pendant les accès, l'urine passe parfois sans mélange de sang.

Il n'y a ni cystite ni urétrite ; pas de calcul ; pas d'albuminurie, pas de signe de néphrite. La cause de l'accident échappe. L'auteur admet que le sang est d'origine rénale.

Au mois de septembre l'hématurie a été particulièrement abondante ; le malade est devenu fort anémique. On prescrit de l'acide gallique. Depuis cette époque l'hématurie n'a pas reparu. L. GALLIARD.

VII. — Robuste ouvrier des champs, âgé de 39 ans, sans autre antécédent morbide qu'une pneumonie il y a des années ; jamais aucun trouble urinaire. Le 10 octobre 1888, après avoir travaillé toute la journée dans un pré humide, il est pris de fièvre. La nuit suivante, violentes douleurs hypogastriques ; besoins fréquents de miction avec ischurie ; urines rares et sanguinolentes, puis symptômes de péritonite ; vomissements et météorisme. Le lendemain

et jours suivants on est obligé de cathétériser le malade, et l'on retire une urine moins sanguinolente.

Entrée à l'hôpital le 15. Fièvre considérable (39,5), pouls petit et fréquent; hypogastre ballonné ; sensibilité spontanée extrême au-dessus de la symphyse, un peu à droite, où la moindre pression est très douloureuse ; la rétention d'urine a cessé, puis les envies de miction sont toujours inférieures et fréquentes. L'urine est brunâtre et fétide. Ni corps étrangers ni rétrécissement à l'exploration des voies urinaires. Les jours suivants, l'état empire, il y a un peu de subdelirium ; la température oscille entre 39 et 39, 8. Une plaque d'induration, qui s'est formée au-dessus de la symphyse au côté droit de la vessie, devient fluctuante profondément. Le 24 octobre, incision oblique longue de 12 centimètres. Le bistouri, parvenu au-dessous des tégument sabdominaux, tombe dans une cavité putride, admettant la moitié de la main. Les doigts sentent les parois de la vessie, qui sont friables et perforées en un point qui laisse passer le doigt. Girard détache à coups de ciseaux pour l'extraire toute une moitié de la vessie gangrénée ; le trigone de Lieutaud est resté intact, bien que plus de la moitié du bas-fond fût gangreneux. Les dimensions du tronçon extrait ont 20 centimètres de long sur 10 à 12 de large. Sonde molle à demeure dans l'urètre ; drainage de la cavité putride après désinfection énergique ; tamponnement de gaze iodoformée.

Chute lente de la fièvre ; amélioration de l'état général. L'urine coule d'abord presque uniquement par la plaie abdominale ; plus tard elle passe de plus en plus par la sonde urétrale. La cavité bourgeonne et se rétrécit si rapidement qu'au bout de 18 jours il ne restait qu'une fistule qui ne tarde pas à se fermer. Au commencement de décembre, guérison parfaite. La capacité de la vessie augmente de plus en plus; fin de janvier 1889, la vessie peut déjà contenir 350 centimètres cubes d'urine.

Girard pense avoir eu affaire à une cystite parenchymateuse phlegmoneuse, d'origine infectieuse, qui s'est terminée par gangrène. J. B.

I. — Cystotomie avec résection de pubis, par MERCANTON (*Revue médic. Suisse romande, IX*, 498, *août* 1889).

II. — Sur la taille sus-pubienne, par P. BERGER (*Bull. de la Soc. de chir., t. XIV, p.* 713).

III. — Taille hypogastrique avec symphyséotomie, par LANGENBUCH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 13, 1er *avril* 1889).

IV. — Gros calcul vésical chez un vieillard de 80 ans. Taille hypogastrique, etc., par S. POZZI (*Bullet. Soc. de chir., t. XV, n° 4, p.* 315).

V. — De quelques applications de la cystotomie sus-pubienne, par COPPENS (*Bull. méd. du Nord, n° 2, p.* 66, 1889).

VI. — Cystite calculeuse. Lithotomie sus-pubienne. Déchirure du rectum par le ballon rectal, par NICAISE (*Bull. de la Soc. de chir., t. XIV, p.* 676).

VIII. — Comparative results of lithotomy, litholapaxy and lithotrity, par Edmund ANDREWS (*Journal of Amer. med. Assoc., p.* 829, 1889).

VIII. — Demonstration eines Præparates von Atresia anivesicalis und Bemerkungen über ein neues Operations Verfahren... (Nouveau procédé opératoire pour l'anus vésical), par HADRA (*Berlin. klin. Woch., n°* 50, *p.* 1018, 10 *décembre* 1888).

IX. — Kyste de la vessie, par VINCENT (*Lyon méd., p.* 264, 17 *février* 1889).

I. — Cet homme s'était empalé dans une chute il y a 6 ou 7 ans. La fistule

vésico-rectale, suite de l'accident, s'étant rouverte depuis deux ans, l'opération s'imposait.

Dans la vessie se trouvait un calcul à noyau feutré constitué par un débris de doublure de pantalon.

La guérison serait complète, n'était une petite fistule vésicale externe, qui a de la tendance à se rétrécir. J. B.

II. — Homme de 63 ans, cystite calculeuse; pyélo-néphrite. Par le toucher rectal et la palpation abdominale, on sent un énorme calcul.

Le 24 mars, cystotomie sus-pubienne; la vessie ouverte, on retire deux calculs gros comme une noisette. En explorant le bas-fond, on sent un énorme calcul enchatonné qu'on enlève difficilement en se servant d'une spatule comme levier; la cavité contenait en outre deux petits calculs. En avant, au niveau du col, autre gros calcul enchatoné d'une extraction aussi difficile; un autre plus petit logé dans une cellule de la face latérale de la vessie.

L'exploration rectale montre alors qu'il restait encore un gros calcul qu'on peut extraire très péniblement en dilatant l'orifice de la poche qui l'enserrait et en le refoulant en même temps par le rectum.

Enfin au-dessus de la vessie, à la région iliaque droite supérieure, on sentait encore deux noyaux durs superposés ; on ne peut trouver dans la vessie d'orifices de cellules contenant ces corps durs.

Mort le 26. A l'autopsie, lésions avancées de pyélo-néphrite ; dans la vessie on trouve l'orifice de la cellule contenant encore les deux calculs sentis à la fin de l'opération.

Les calculs extraits étaient au nombre de dix, le plus gros avait 14 centimètres de circonférence. Ils étaient indépendants et ne résultaient pas de la fragmentation d'un gros calcul. Ils étaient formés au centre d'acide urique, d'urates et d'oxalate de chaux, et à la périphérie de phosphate de chaux et de sels magnésiens. C. WALTHER.

III. — Homme de 34 ans ayant eu, il y a 12 ans, une gonorrhée très lente à guérir. Rétrécissement consécutif de l'urètre et gêne de plus en plus considérable de la miction. Finalement, l'urine ne sort plus que goutte à goutte, et le périnée est le siège d'un abcès urineux de la grosseur d'un œuf de poule.

Dilatation énorme de la vessie, urètre infranchissable par les plus petites sondes. Incision de l'abcès qui s'est développé au niveau du bulbe. Puis Langenbuch met à découvert la portion membraneuse qui forme un cordon fibreux, dur, long de plusieurs centimètres et sans lumière appréciable. Ne pouvant parvenir à la vessie par la voie urétrale, Langenbuch se décide à pratiquer le cathétérisme rétrograde par l'intérieur de la vessie; dans ce but, il fit la taille hypogastrique.

La vessie, quoique très dilatée, était peu résistante. Pour l'aborder, L... résèque le tiers inférieur du sommet de l'arcade pubienne. Une hémorragie veineuse fut arrêtée par un tamponnement de trois minutes.

Incision et évacuation de la vessie dans laquelle il introduit un cathéter en étain qui vient faire saillir le moignon urétral dans la plaie du périnée. Sonde à demeure et drainage. Suture de la plaie de la symphyse. Guérison. J. B.

IV. — Après l'ablation d'un calcul de 9 centimètres de long sur 6 et demi de large, Pozzi fit la suture de la vessie : 1° un surjet de catgut sur les lèvres de la plaie, très près de leur bord, mais sans piquer la muqueuse ; 2° suture à points séparés, très rapprochés, avec du catgut plus fort, placée à quelques millimètres au-dessus de la première et adossant les parois vésicales à la manière de la suture de Lembert. La vessie étant totalement suturée, drainage à l'angle inférieur de la plaie abdominale au-dessous des sutures de la paroi.

Pas de sonde à demeure. Cathétérisme toutes les trois heures. Le malade se lève le cinquième jour.

Le septième jour, issue de quelques gouttes d'urine par le drain ; depuis deux nuits le malade n'avait pas été sondé, malgré les recommandations.

Le quinzième jour, on permet au malade d'uriner seul. La fistulette donne encore quelques gouttes d'urine, mais se ferme complètement deux mois après l'opération. C. WALTHER.

V. — L'opération est indiquée :

1° Dans les rétrécissements infranchissables pour pratiquer le cathétérisme rétrograde;

2° Après l'ablation du bas-fond de la vessie et du sphincter vésical (néoplasmes) pour permettre la cicatrisation de la plaie opératoire et assurer ensuite le libre écoulement des urines avec un minimum d'infirmité;

3° Dans l'hypertrophie de la prostate lorsque la rétention d'urine devient presque un état normal ;

4° Elle peut être utile au traitement des fistules urinaires consécutives à une suppuration de la prostate. LEFLAIVE.

VI. — Malade âgé de 75 ans, cystite calculeuse intense.

Opération le 10 novembre 1883. Après chloroformisation, le ballon de caoutchouc est introduit dans le rectum et distendu par 340 grammes de liquide; 280 grammes d'une solution boriquée sont injectés dans la vessie. Opération régulière. Ablation de sept calculs.

Le malade meurt le 26 novembre, 16 jours après l'opération.

A l'autopsie, pas de péritonite; sur la face postérieure de la vessie une plaque indurée qui la sépare du rectum ; les sphincters de l'anus étant incisés et le rectum ouvert par la face postérieure, on trouve une ampoule rectale très dilatée dont la paroi antérieure a subi une perte de substance qui répond à la plaque indurée de la face postérieure de la vessie. C. WALTHER.

VII. — Andrews a pratiqué 100 opérations ainsi réparties :

55 lithotomies dont 26 au-dessous de l'âge de la puberté avec 2 morts, et 29 au-dessus de l'âge de la puberté avec 5 morts; mortalité générale, 13 0/0.

6 lithotrities, d'après le procédé de Thompson, ont donné 1 décès.

40 litholapaxies, d'après Bigelow, ont donné 1 mort.

Aussi l'auteur préconise-t-il cette dernière opération, réservant la lithotomie aux cas suivants : Chez les enfants dont le petit calibre de l'urètre ne peut admettre de lithotriteurs ; lorsque la pierre est trop volumineuse pour être saisie par l'instrument; lorsque le calcul est trop résistant et ne peut être brisé par le lithotriteur; parfois les difformités de la vessie s'opposent à ce que la pierre puisse être saisie; enfin les rétrécissements de l'urètre, à moins qu'on ait pu les dilater. M.

VIII. — Garçon de 24 jours, parfaitement bien conformé, à part une imperforation de l'anus. Incision étendue du scrotum au sacrum et contournant à gauche le coccyx. Arrivé à la profondeur de 5 ou 6 centimètres, Hadra sent seulement, tout à fait en haut, derrière la vessie, un cordon gros comme le petit doigt qu'il ne peut attirer. Ne réussissant pas non plus à ouvrir le péritoine avec le doigt, il se décide à faire une colotomie gauche, non pour avoir un anus contre nature mais pour rechercher une anse intestinale et la refouler en bas. Cette opération ne présente aucune difficulté. Une fois la cavité abdominale ouverte, l'enfant fut chloroformé. Hadra saisit une anse pleine de méconium et, en la suivant, arrive sur le cordon qu'il avait déjà senti derrière la vessie. Ne parvenant pas à le détacher, il se résolut à suturer l'anse intestinale non ouverte dans la plaie périnéale, après avoir perforé le péritoine, auquel il la fixa à l'aide d'une pince. Puis il referma la plaie

abdominale par dix sutures et pratiqua la proctoplastie classique. L'enfant eut immédiatement des évacuations solides et gazeuses. Apyrexie dès le troisième jour. Le lendemain, malheureusement, alors que tout faisait présager une rapide guérison, le petit malade succomba dans un accès de suffocation. A l'autopsie, aucune trace de péritonite. L'orifice vésical de l'anus, très petit, se trouvait immédiatement en arrière du sinus prostatique. J. B.

IX. — Fillette de 9 ans etdemi, ayant depuis trois semaines une tumeur vulvaire rougeâtre du volume d'une noix, avec incontinence d'urine presque permanente. La pression pendant l'examen rompt la tumeur d'où s'échappe un liquide clair, et la tumeur rentre dans la vessie. Des injections dans le kyste permirent d'établir qu'il n'existait pas de communication avec la vessie et que le kyste formait bien une tumeur indépendante. Ablation de la tumeur; disparition de l'incontinence d'urine, guérison. Le kyste a été distendu par la paraffine, la paroi est mince ; d'après l'auteur, il proviendrait du développement anormal d'un appareil glanduleux faisant corps avec la muqueuse ou lui étant sous-jacent. A. C.

Cathétérisme des uretères, par P. POIRIER (*Compt. Rend. acad. des sciences 2 septembre* 1889).

La condition essentielle du succès dans les opérations que la chirurgie moderne arrive à faire sur un rein est que le rein opposé soit réellement sain ; on ne peut s'en assurer qu'en recueillant et analysant séparément les produits de sécrétion de chaque rein. Il faut donc pratiquer le cathétérisme des uretères. Cette opération peut être effectuée avec la plus grande facilité si l'on vient à éclairer l'intérieur de la vessie à l'aide d'un cystoscope. Avec le cystoscope de Nitze, avec celui de Boisseau du Rocher, l'auteur a toujours réussi ce cathétérisme sur le cadavre ; deux fois il l'a tenté et réussi sur le vivant. M. DUVAL.

Die operative Behandlung der Prostata-hypertrophie, par KÜMMELL (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 16, *p.* 310, 1889).

L'auteur a opéré avec succès, pour l'hypertrophie prostatique, trois sujets âgés de 65, 70 et 72 ans qui, sans l'intervention, auraient rapidement succombé. Ils sont actuellement en état d'uriner sans cathéter.

Voici le procédé employé : l'auteur lave d'abord soignement la vessie, puis la remplit avec 300 ou 400 grammes d'eau. Il divise alors la paroi de l'abdomen par une incision longitudinale, et ouvre largement la vessie qu'il désinfecte encore avec les éponges. Il saisit la prostate saillante à l'aide d'une pince, l'attire aussi haut que possible et pratique, avec le thermo-cautère Paquelin ou une anse rougie, l'excision des parties hypertrophiées. Si le rétrécissement persiste, il dilate l'urètre et place une sonde à demeure. Hémostase, désinfection de la vessie, suture de la muqueuse d'abord, puis de la tunique musculeuse; tamponnement à l'iodoforme, puis suture partielle de la paroi abdominale ; c'est seulement au bout de dix jours qu'on enlève le tampon de gaze iodoformée et qu'on change le pansement; au bout de 15 jours on enlève la sonde.

L. GALLIARD.

I. — Nouveau procédé opératoire pour l'extirpation totale du pénis, par MONTAZ (*Bull. de la Soc. de médec. de l'Isère*, 7 *décembre* 1888. *et Gaz. des hôp.*, 27 *août* 1889).

II. — De la circoncision; étude critique du procédé traditionnel israélite et manuel opératoire, par KLEIN (*Broch. Paris*, 1888).

III. — Erysipèle et circoncision, par KLEIN (*Union médicale*, 25 *juin* 1889).

I. — Opération complète au bistouri ; incision en raquette, dont la pointe part du pubis et dont les deux branches contournent la verge, descendent sur les côtés du scrotum et vont se rejoindre sur le bord inférieur des bourses; ensuite extirpation de la verge sur le pubis, comme on enlève un sein, en liant les artères au fur et à mesure qu'on les divise. Quand l'ablation est complète, il reste une plaie considérable avec l'orifice urétral au milieu et situé sous le pubis ; les testicules sont à nu avec les cordons ; on peut les enlever, s'il sont altérés. On introduit alors une sonde cannelée dans l'urètre pour faire saillir le périnée, et d'un coup de bistouri on incise largement le canal en arrière du bulbe, puis on suture la muqueuse urétrale à la peau. En dernier lieu, on ramène la face postérieure du scrotum en avant et on la suture sur le pubis, à la pointe de la raquette : drainage, suture. L'opération terminée, les testicules sont recouverts, et il ne reste qu'une ligne de suture en A renversé. Le malade urine dorénavant par son périnée en écartant les cuisses à la façon d'une femme, et la plaie est dans d'excellentes conditions d'entreprise et de non-récidive. OZENNE.

II. — L'auteur ne divise l'opération qu'en deux temps : Excision du prépuce et division du feuillet muqueux par déchirure. Après avoir indiqué les conditions prescrites pour ces deux temps, il fait justice des attaques dirigées contre la déchirure. Il fait voir que le résultat exigé, c'est-à-dire la dénudation complète de gland, devient facilement illusoire lorsque le feuillet muqueux a été sectionné. Dans ce cas, en effet, les bords de la division peuvent se réunir et reconstituer un nouveau prépuce.

On a accusé la succion d'avoir communiqué aux enfants la syphilis et la tuberculose. Pour K... les inoculations sont absolument impossibles si l'opérateur n'a pas de lésions buccales. K... étudie les cas de syphilis constatés, et démontre qu'il n'y avait, pour les uns, que des signes manifestes de scrofule; pour les autres, qu'une incubation beaucoup trop courte pour dater du moment de l'opération.

Pour la tuberculose, K... s'appuie sur les données expérimentales pour démontrer que l'inoculation de la tuberculose est impossible dans les conditions où se trouve la plaie et avec une succion aseptique répétée.

III. — Observation d'un enfant circoncis au début d'un érysipèle bulleux, borné à la région de l'aine. La plaie opératoire a été traitée par la succion et s'est guérie en deux jours malgré les progrès de l'érysipèle. Cette affection, transmise à l'enfant par son grand-père, s'est développée sur toute la surface cutanée, à l'exception des parties génitales. Pour K..., cette observation démontre, à la fois, l'innocuité et l'action antiseptique de la succion qui, d'après lui, a seule pu préserver la plaie d'une complication redoutable.

De la ténotomie à ciel ouvert comme traitement du torticolis musculaire chronique consécutif à une rétraction du sterno-cléido-mastoïdien, par Eugène DUCURTIL (*Thèse de Paris*, *n°* 143, 1889).

Deux observations de Bradford, une de Lannelongue, enfin une inédite de Kirmisson sont rapportées dans ce travail, duquel l'auteur tire les conclusions suivantes :

1° La ténotomie sous-cutanée du muscle sterno-mastoïdien est parfaitement applicable à la plupart des cas de torticolis ;

2° La ténotomie à ciel ouvert sera préférée toutes les fois qu'on soupçonnera l'existence de brides fibreuses profondément situées. Elle permet en effet de les sectionner avec sécurité et d'une façon complète;

3° Quand la section sous-cutanée, pratiquée avec prudence, n'a pas suffi à diviser tous les liens fibreux, on doit être prêt à compléter, séance tenante, l'opération par la ténotomie à ciel ouvert.

4° La ténotomie pratiquée suivant ce dernier procédé est d'une innocuité parfaite, pourvu que l'antisepsie soit observée.

5° La durée du traitement orthopédique nécessaire après la ténotomie semble être notablement abrégée, lorsque celle-ci a été pratiquée à ciel ouvert. C. WALTHER.

De l'accès aux organes pelviens par la voie sacrée, par ROUX (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 15, *p.* 449, 1er *août* 1889).

Roux relate quatre opérations dans lesquelles il a pratiqué la résection du sacrum. Il a modifié toutefois la méthode de Kraske (*R. S. M.*, XXVIII, 660), en ce qu'au lieu de réséquer obliquement et d'exciser une portion du sacrum et le coccyx, il a séparé l'os, transversalement, d'un coup de ciseau, et l'a rabattu de côté avec la peau pour le réappliquer après l'opération.

Deux fois, il s'agissait de cancers du rectum ayant dépassé le repli de Donglas, et Roux a pu, après avoir ouvert largement le péritoine, attirer l'extrémité supérieure de l'intestin pour la suturer à la portion anale, demeurée intacte. Dans les 2 cas, il n'est pas resté de fistule stercorale; le sphincter fonctionne à merveille et l'os s'est parfaitement consolidé.

Les deux autres opérations ont été faites, une pour enlever un cancer volumineux du corps et du col utérins, qu'on n'aurait jamais pu exciser par la voie vaginale; l'autre pour un cancer de la portion vaginale, qu'on ne pouvait également extirper par en bas à cause de la tension de ses attaches et d'une vaginite adhésive. Les deux femmes ont parfaitement guéri. J. B.

I. — Contribution à l'étude des ruptures incomplètes du ligament rotulien, par A. DUMESNIL (*Thèse de Paris*, *n°* 236, 1889).

II. — Ruptur der Sehne des rechten M. quadriceps Femoris; Sehnennaht (Rupture du tendon du triceps fémoral droit; suture), par C. KAUFMANN (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 10, *p.* 298, 15 *mai* 1888).

I. — Ce travail s'appuie sur cinq observations, dont une personnelle. Ces cinq observations constituent toute la bibliographie de la question. L'auteur en les analysant montre :

Que ces ruptures incomplètes ont toujours été produites par une cause indirecte.

Qu'il est très important d'en faire le diagnostic, car, si la lésion passe inaperçue, la rupture peut se compléter. Ce diagnostic est souvent difficille, les signes étant bien moins nets que dans les ruptures complètes; il faut, d'après Dumesnil, tenir le plus grand compte de la cause et du mode de production du traumatisme.

La possibilité de la marche n'a rien d'incompatible avec l'existence d'une rupture incomplète du ligament, surtout si le blessé s'entoure le genou d'un bandage compressif.

Chaque fois que le diagnostic de cette lésion a pu être fait, la guérison a été notée au bout d'un temps plus ou moins long. Le pronostic est donc relativement bénin si on le compare à celui des ruptures complètes.

Dumesnil conseille, comme traitement, le maintien du membre dans l'extension et l'élévatien au moyen d'un simple plan incliné. C. WALTHER.

II. — Cette observation offre certaines particularités:

Le malade était un homme de 48 ans. La suture du tendon tricipital fut faite le 5e jour. Cette opération permit de constater l'état de choses suivant: le cul-de-sac articulaire sous-tricipital était largement béant; il n'y avait pas d'épanchement dans le genou ; la seule trace d'hémorragie était un caillot noirâtre de la grosseur d'un fétu et d'une longueur de 4 centimètres qui se trouvait placé obliquement au niveau de la rupture des fibres musculaires. Quant à la lésion même, elle consistait en un arrachement du muscle de son tendon; ce dernier, à la suite des explorations, avait été poussé en arrière de la rotule jusque dans la cavité de la jointure. Ainsi s'expliquait le diagnostic erroné de rupture du tendon à ses insertions rotuliennes (*R. S. M*, III, 354) F. B.

Ueber traumatische Lymphcysten (Kystes lymphatiques d'origine traumatique), par HEUSNER (*Cent. f. Chir.*, *n*° 47, *p.* 874, 1888).

L'auteur a observé deux cas de kystes qui se sont développés tous les deux après des traumatismes. L'un occupait le dos, l'autre la région de l'aine. Le liquide évacué par la ponction avait tous les caractères de la lymphe. Dans les deux cas, le liquide se reproduisit après la ponction; et l'un des deux kystes, celui de l'aine, dut être incisé. Dans un troisième cas du même genre, la collection était située sous la peau de la cuisse, mais elle ne formait pas une tumeur tendue. L'auteur rapproche ces kystes d'origine lymphatique des hématomes. Il est difficile de comprendre comment la lymphe peut acquérir une pression suffisante pour repousser les tissus et former une tumeur tendue. — Heusner pense que la contraction musculaire et la disposition de l'appareil valvulaire peuvent expliquer cette formation. PIERRE DELBET.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1889.

A

Abdomen. — De quelques modifications dans la technique de la chirurgie abdominale; ligature en masse, par Stimson. (*Med. News*, 27 juillet.) — Traumatisme des viscères, par Cénas. (*Loire médic.*, 15 août.) — Elimination spontanée d'une tumeur abdominale à travers une incision exploratrice, par Mc Naughton. (*Amer. Journ. of med. sc.*, août.) — Péritonite purulente primitive à la suite de coups sur l'abdomen, par J. Ziino. (*Il Morgagni,* juillet.) — Plaie de l'abdomen, hernie de l'appendice du cæcum, guérison, par Bec. (*Gaz. des hôpit.*, 22 août.) — Quatre coups de feu de l'abdomen traités par la laparotomie; une guérison, par D. Barrow. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 833, 15 juin.) — 1° Plaie de l'abdomen par coup de couteau; hernie de l'épiploon; réduction par la plaie agrandie, guérison; — 2° coup de feu de l'abdomen, cinq plaies de l'intestin ; 1 plaie du rein ; laparotomie; mort, par Harrington. (*Boston med. Journ.*, p. 83, 25 juillet.) — Des injections rectales gazeuses dans les coups de feu de l'abdomen, par H. Burrell. (*Ibid.*, p. 77, 25 juillet.) — 1° Coup de couteau dans l'abdomen; agrandissement de la plaie; point de lésion interne; guérison; — 2° coup de pistolet dans l'abdomen; plaie de l'estomac; laparotomie et suture; guérison, par A. Cabot. (*Ibid.*, p. 81, 25 juillet.)—Plaies par armes à feu de l'abdomen, par Weaton. (*Northwerstern Lancet*, 1er mars 1888.)— Plaies pénétrantes par armes à feu, par Granero. (*Revista di med. y cir.*, XXIV, 1.)—Perityphlite récurrente, laparotomie, par Lawson Tait. (*Brit. med. Journ.*, 5 octobre.) — De l'injection d'acide carbonique liquide dans le rectum ou l'estomac pour faciliter le diagnostic des affections abdominales, par Ottomar Rosenbach. (*Berlin. klin. Wochens.*, 22 et 29 juillet.) — Sur le ventre en besace, par Merkel. (*Münch. med. Wochens.*, n° 28, 9 juillet.) — Traitement chirurgical des coliques abdominales persistantes, par Lauenstein. (*Ibid.*, 16 avril.) — Epithélioma sur une hernie ombilicale, ablation, guérison, par Cant. (*Lancet*, 26 octobre.)

Accouchement. — Traité pratique d'accouchements, par Auvard. (In-8°, 787 pages, *Paris.*) — Habitudes et superstitions relative à la grossesse et à l'accouchement à Swaton, Chine, par Fielde. (*Med. News*, 24 août.) — Opérations obstétricales, par Fehling. (*P. Müller, Handbuch der Geburt.*, t. III.) — Sur la question des sages-femmes, par Weisl. (*Cent. f. Gyn.*, n° 40, 5 octobre.) — *Idem*, par Chazan. (*Ibid.*) — L'acide acétique à 5 0/0 désinfectant inoffensif pour les sages-femmes, par Battlehner. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 685, 29 juillet.) — Excitation et régularisation des douleurs d'enfantement par le seigle ergoté, par Schatz. (*Ibid.*, n° 30, p. 685, 29 juillet.) — Sur l'extension du fœtus dans la seconde période du

travail, par Herman et Goullet. (*Lancet*, 12 octobre.) — Accouchement en état de fascination; insensibilité complète pendant la période d'expulsion, régularisation des contractions, anémie totale au réveil, par de Grandchamps. (*Gaz. des hôpit.*, 20 août.) — Constance de la présentation fœtale dans les accouchements successifs, par Hans Schæublin. (*Thèse Bâle*, 1888.) —De la conduite à tenir pendant le travail dans les variétés postérieures de la présentation du sommet, par Bataillard. (*Ann. de gynécol.*, août.)—Mécanisme de l'accouchement dans les présentations de la face, par Frommel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 647, 15 juillet.)—Sur un cas d'enroulement du cordon dans une présentation de la face, par Theod. Schmidt. (*Zeits. f. Heilk.*, X, n° 3, p. 238.) — Sur les présentations du siège, par Gaulard. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Contribution au mécanisme du décollement physiologique du placenta, par Wilhem Zinsstag. (*Thèse Bâle*, 1888.) — De la conduite à tenir dans la rétention des membranes après l'accouchement, par Blanc. (*Province médic.*, 17 août.) — Placenta prœvia, anémie vraie, par Loviot. (*Soc. obst. et gyn. Paris*, juillet.) — Administration de 14 milligrammes de sulfate de strychnine pendant l'accouchement, par Auvard. (*Bull. et mém. Soc. obst. et gyn. Paris*, juin.) — Deux cas d'accouchement chez des femmes atteintes de cancer de l'utérus, par W. Merkel. (*Münch. med. Wochens.*, n° 21 mai.) — Présentation de l'épaule répétée 13 fois chez la même femme. par Eustache. (*Nouv. Arch. d'obst.*, mai.) — Accouchement gémellaire, hémorragie par décollement du placenta, par Davies. (*Brit. med. Journ.*, 5 octobre.) — Accouchement gémellaire, un enfant vivant, l'autre mort au 5e mois et macéré, par Bothwell. (*Ibid.*, 28 septembre.)—Contribution à l'étude des polypes du col de l'utérus pendant l'accouchement, par A. Herrgott. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 10, p. 289, 15 mai.) — L'accouchement prématuré dans la maladie de Bright de la grossesse, par Tyson. (*Amer. med. Assoc.*, 26 juin.) — Observation de fœtus papyracé, par Mulligan. (*Buffalo med. Journ.*, août.)—Quelques cas de rétrécissement vaginal comme obstacle à l'accouchement, par Clopatt. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXI, n° 6, juin.) — Dystocie par persistance de l'hymen, par Chaboux. (*Normandie médicale*, 1er août.)—Etude anatomique de l'engagement dans les bassins rétrécis, par Jamin. (*Thèse de Lyon*, n° 477.) — Des différents modes d'intervention dans le cas de dystocie par hydrocéphalie, par Fauvel. (*Thèse de Paris*, 21 novembre.) — Des causes insolites de dystocie tenant aux organes génitaux externes, par Conrad Bruhin. (*Thèse de Berne*, 1888.) — Craniotomie; état naturel de la question, par John Phillips. (*Brit. med. j.*, p. 1219, juin.) — Ascite fœtale, par David. (*Soc. de méd. pratique*, 10 octobre.) — Dystocie par hydrocéphalie, par Vincent. (*Lyon méd.*, 29 septembre.) — Physométrie d'origine non putride pendant le travail; embryotomie, par Gallois. (*Le Dauphiné méd.*, n° 8, août.) — Rétroversion récidivante de l'utérus gravide chez une multipare ayant un prolapsus du vagin, troubles vésicaux graves au 3e mois de la grossesse ; tentatives infructueuses de réduction manuelle; réduction facile à l'aide d'un ballon Tarnier placé dans le rectum; guérison; accouchement à terme, par Varnier. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — Déchirure du vagin dans le travail, par Duncan. (*Trans. of obstet. Soc.*, XXXI, 3.) — Instrument pour l'irrigation antiseptique pendant les couches, par Hewitt. (*Ibid.*, XXXI, 3.) — De l'antisepsie obstétricale, par W. Bokelmann. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26, p. 585, 1er juillet.) — Du curettage utérin dans les accidents consécutifs à l'accouchement et à la fausse couche, par Borel. (*Lyon méd.*, 10 novembre.)

Acné. — Acné molluscum contagiosum généralisée, par Vidal. (*France méd.*, 27 juin.) — De l'acné frontalis ou varioliforme, acné frontalis nécrotique de Bœck, par Pick. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 4.) — Observation d'acné in-

durée, par MERRILL RICKETS. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Etiologie et traitement de l'acné, par BARTHÉLEMY. (*Monats. f. prakt. Derm...*, IX, n° 9.)

Acromégalie. — Acromégalie, deux cas, par HARTLEY. (*New York surg. Soc.*, 8 mai.) — Acromégalie, par MARIE. (*Brain*, n°s 45 et 46.)— Un cas d'acromégalie, par GOURAUD. (*Soc. médic. des hôpit.*, 9 avril.) — Observation d'acromégalie, par FARGE. (*Bull. de la Soc. de méd. d'Angers*, 1er semestre, p. 70.) — Deux cas d'acromégalie, l'un compliqué d'arthrite déformante, l'autre ayant débuté par des troubles visuels suivis d'hémiplégie temporale, par SCHULTZE. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 31, p. 705, 5 avril.) — L'acromégalie, par G. GUINON. (*Gaz. des hôpit.*, 9 novembre.)

Actinomycose. — De l'actinomycose, par HAUSSMANN. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Actinomyces dans le système osseux d'un cheval, par H.-J. HAMBURGER. (*Arch. f. path. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Culture des grains d'actinomycose, par KISCHENSKY. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVI, 1 et 2.) — Un cas d'actinomycose sous-maxillaire, par ROUX. (*Arch. méd. Suisse romande*, IX, 386, juin.) — Un cas d'actinomycose de la peau de la face, par TILANUS. (*Münch. med. Wochens.*, n° 31, 30 juillet.) — L'actinomycose chez l'homme, par FESSLER. (*Ibid.*, n° 31, 30 juillet.) — Sur le traitement de l'actinomycose, par CURTZE. (*Deut. med. Zeits.*, n° 52.)

Addison (Mal d'). — Maladie d'Addison, par E. DE RENZI. (*Riv. clin. e terap.*, p. 340, juillet.)

Ainhum. — Amputations congénitales et ainhum, par ROUGET. (*Gaz. des hôpit.*, 10 septembre.) — Sur une observation d'ainhum, par JOSÉ PEREIRA GUIMARAES. (*Soc. de chir.*, XV, n° 6, p. 428.)

Air. — Effets de l'entrée de l'air dans la circulation, par HARE. (*Therap. Gaz.*, 16 septembre.)

Albuminurie. — Albuminurie par compression, par RENDU. (*Lyon médical*, 13 octobre.) — L'albuminurie au point de vue de la physiologie, de la clinique et de la thérapeutique, par H. SENATOR. (2e édition complètement refondue, *Berlin*, 1890.)—L'albuminurie intermittente et sa valeur pronostique, par L. JUMON. (*France médicale*, 26 février.) — A propos de l'albuminurie physiologique, note rectificative, par L. JUMON. (*Ibid.*, 9 juillet.) — Discussion sur le pronostic de l'albuminurie au point de vue des assurances sur la vie, par PAVY, JOHNSON. (*Brit. med. Journ.*, p. 417, août.) — Douleur aiguë épigastrique dans la grossesse associée à l'albuminurie, par BAILEY. (*Lancet*, 14 septembre.) — Sur une cause d'erreur dans la recherche et le dosage de l'albumine, par PATEIN. (*Acad. des sciences*, 12 août.) — Esquisse critique sur la recherche de l'albumine urinaire selon les procédés classiques, par BEUGNIÈS-CORBEAU. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — Sur l'acide trichloracétique pour la recherche et le dosage de l'albumine; sur la précipitation des albumines de l'urine, par certains corps dits indifférents, par BOYMOND. (*Ibid.*, octobre.)

Alcoolisme. — L'alcoolisme, dangers et inconvénients de l'abus des boissons alcooliques, par BERGERET. (In-16, 400 pages, *Paris*.) — L'ivrognerie et la façon dont elle est considérée au point de vue médico-légal en Amérique, par ASCHER. (*Centralb. für Nervenheilk.*, n° 10, 15 mai.)— L'intoxication alcoolique chronique, par LANCEREAUX. (*Gaz. des hôpit.*, 13 août.) — Du rêve et du délire alcoolique, par DAGONET. (*Ann. méd. psycholog.*, septembre.) — Paralysie alcoolique avec lésions centrales, par WILKIN. (*New York neurol. Soc.*, 4 juin.)

Aliénation. — Les hôpitaux pour les aliénés pauvres, par Corson. (*New York med. Journ.*, p. 120, 2 février.) — Traité pratique des maladies mentales, par Cullerre. (In-18, 618 pages, *Paris.*) — De la législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements publics et privés, par Ball. (*Cong. de méd. ment.*, *Bull. méd.*, 11 août.) — L'aliénation mentale à Paris; la progression corrélative de la folie alcoolique et la paralysie générale, par Garnier. (*Ibid.*, 11 août.) — Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale, par Christian. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — Revue des méthodes pour enregistrer quelques modifications du cerveau chez les aliénés, par Bullen. (*Brit. med. Journ.*, 21 septembre.) — Analyse des symptômes oculaires observés dans la paralysie générale des aliénés, par Olliver. (*New York med. Record.*, p. 132, 3 août.) — Les signes diagnostiques de la mélancolie, par Gray. (*Amer. neurol. Assoc.*, 27 juin.) — Leçons cliniques sur le délire chronique à évolution systématique, par Magnan. (*Progrès médical*, 7 septembre.)—Etude de la stupeur, par Whitwall. (*Journ. of mental sc.*, octobre.) — Katatonie, par Séclas et Chaslin. (*Brain*, n°s 45 et 46.) — Analogies de quelques lypémanies hypocondriaques avec la paralysie générale, par Régis. (*Cong. de méd. ment.*, *Bull. méd.*, 7 août.) — Sur une forme particulière de maladie mentale combinée avec la névrite périphérique, par Korsakoff. (*Ibid.*) — Obsession avec conscience, par Falret. (*Ibid.*, 7 août.) — Bases d'une statistique internationale des maladies mentales, par Morel. (*Ibid.*) — De l'origine psycho-motrice du délire, par Cotard. (*Ibid.*) — De la mélancolie, par Meynert. (*Soc. des méd. de Vienne*, 14 juin.) — Des hallucinations négatives chez les aliénés, par Forel. (*Corresp. Blatt f. schw. Aerzte*, n° 17, p. 528, 1er septembre.) — De la folie induite, par Jörger. (*Thèse de Bâle*, 1888.) — Folie post-opératoire, par Mairet. (*Bull. médic.*, 28 août.) — Exemple de folie à trois, par Wollenberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 35, p. 785, 2 septembre.) — Contribution à l'étude de la folie à deux, par Bellot. (*Ann. méd. psychol.*, septembre.) — L'auto-intoxication des aliénés, par Descourtis. (*Rev. d'hyg. thérap.*, octobre.)—Cas de suffocation chez les aliénés, par Pons. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 22 septembre.) — Le traitement des aliénés, par Ring. (*Buffalo med. Journ.*, août.)

Alimentation. — Influence des aliments plus ou moins riches en liquides sur la concentration du sang, par Jacob Schwendler. (*Thèse de Berne*, 1888.) — Soupe pour malades, par Ris. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 15, p. 474, 1er août.) — Sur la possibilité de transmission de quelques maladies par le beurre artificiel, par Scala et Alessi. (*Ann. istit. d'igiene sper. univ. di Roma*, vol. I, 1re série, p. 201.) — De l'alimentation artificielle, par Escheriab. (*München med. Wochens.*, 26 mars.) — De la prophylaxie par l'alimentation, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. génér. de thérap.*, p. 385, 25 mai.) — Remarques sur le régime alimentaire des malades et sur l'emploi de la fécule soluble, par Debove. (*Soc. médic. des hôpit.*, 9 avril.)

Amnios. — Rôle et origine des liquides fœtaux, par Dœderlein. (Le liquide amniotique est un produit de transsudation, le liquide de l'allantoïde vient des reins.) (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 585, 29 juillet.) — Fœtus mort pendant l'accouchement, absence de liquide amniotique, par Vincent. (*Lyon médical*, 4 août.)

Amputation. — Etude comparée des statistiques d'amputation avant et après l'antisepsie, par Adler. (*Amer. Journ. of med. sc.*, septembre.) — Amputation du pied, réunion rapide malgré la syphilis, la goutte et du delirium

tremens, par THORNTON. (*Lancet*, 14 septembre.) — De l'exarticulation ostéoplastique du pied comme opération à substituer à l'amputation ostéoplastique chez les enfants, par RASUMOWSKY. (*Archiv f. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — La circulation veineuse des moignons, par LEJARS. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Sur les veines des névromes et sur les douleurs des moignons, par LEJARS. (*Ibid.*, n° 4, octobre.)

Amygdale. — Guérison d'une énorme hypertrophie des amygdales à la suite d'une angine scarlatineuse, par COROMINAS. (*Rev. sc. médic. Barcelone*, 25 mai.) — Discussion sur l'amygdalite, ses variétés, ses rapports avec le rhumatisme, par HAIG BROWN, GARROD, LENNOX BROWNE, HINGSTON FOX. (*Brit. med. Assoc.*, *Brit. med. Journ.*, 14 septembre.) — Amygdalite chronique, par FLETCHER INGALS. (*Med. News*, 28 septembre.) — Amygdalite infectieuse grave, par CAZIN et ISCOVESCO. (*France médicale*, 8 janvier.) — Amygdalite, par BOUCSEIN. (*Amer. Journ. of med. sc.*, octobre.) — Le samygdales dans la phtisie, par DMOKHOVSKI. (*Gazeta lekarska*, 1889.) — Papillome de l'amygdale, par MORGAN. (*Sunderland and North Durham med. Soc.*, 9 mars.) — Chancre primitif de l'amygdale, un cas, par RONA. (*Orvosi hetilap*, n° 18.) — Gomme de l'amygdale, par DABNEY. (*Amer. pract. and News*, 16 février.) — Affections de l'amygdale linguale, par MICHELSON. (*Verein f. Wiss. Heilk.*, *Kœnigsberg*, 5 novembre 1888.) — Traitement de l'amygdalite chronique et de la pharyngite granuleuse par les insufflations de bicarbonate de soude, par MIKHAILOFF. (*Meditzina*, n° 21.) — Du galvanocautère dans le traitement de l'hypertrophie des amygdales, par KNIGHT. (*New York med. Journ.*, 12 octobre.) — Méthodes modernes de traitement des amygdales hypertrophiées (galvano-cautère), par KOFFMANN. (*Deut. med. Zeits.*, n° 23.)

Anatomie. — La préparation de la grosse anatomie des viscères par la méthode des corrosifs, par ROOSEVELT. (*N. York med. Record*, p. 237, 31 août.) — Leçons d'anatomie pathologique, par WILKS et MOXON. (3e édit., *Londres*.)

Anémie. — Les rapports de l'anémie et de la chlorose, par FORCHHEIMER. (*Med. News*, 19 octobre.) — Rapports entre la chlorose, l'anémie simple et l'anémie pernicieuse, par HENRY. (*Assoc. of Amer. phys.*, 19 septembre.) — Etude critique de l'anémie pernicieuse, par CHABRUT. (*Thèse de Paris*, 30 octobre.) — De l'urine dans l'anémie pernicieuse, par HUNTER. (*Practitioner*, septembre.)

Anesthésie. — Histoire et emploi des anesthésiques en obstétrique, par ALLWRIGHT. (*Lancet*, vol. I, p. 1242.) — Des questions à considérer dans le choix d'un anesthésique, par HEWITT. (*Brit. med. Journ.*, 5 octobre.) — De la décomposition des vapeurs de chloroforme à la flamme du gaz, par STOBWASSER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 769, 26 août.) — Sur un danger de l'administration du chloroforme à la lumière du gaz, par D.-R. PATERSON. (*Practitioner*, juin.) — Les accidents du chloroforme, leur théorie, leur remède, par DASTRE. (*Semaine médicale*, 28 août.) — Des accidents survenant pendant l'anesthésie dans l'ablation des tumeurs congénitales du cou et de la face, par PONCIN. (*Thèse de Lyon*, n° 481.) — De l'administration du chloroforme; ses accidents, leur traitement, par SCHWARTZ. (*Revue générale de clinique*, n° 27.) — L'érythrophléine comme anesthésique local, par CRESPI. (*Bull. d. Soc. Lancisiana di Ospit. di Roma*, décembre 1888.) — Anesthésie par défaut d'oxygène chez la grenouille, par REBOUL. (*Soc. biologie*, 1er juin.) — Perte de sensibilité périphérique limitée au bras, par GELLÉ. (*Ibid.*, 20 avril.)

Anévrisme. — Anévrisme aortique et folie, par Mickle. (*Brain*, nos 45 et 46.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte ouvert dans le poumon droit; mort par hémoptysie foudroyante, par Verdalle et de Coquet. (*Journ. de méd., Bordeaux*, 2 juin.) — Anévrisme de la crosse de l'aorte comprimant la trachée, par Deraignez. (*Ibid.*, p. 55, 15 septembre.)—Anévrisme de l'aorte avec usure du sternum et paralysie du récurrent gauche, par H. Rieder. (*München. med. Wochens.*, p. 513, 16 juillet.) — Anévrisme consécutif à l'embolie de l'artère cérébrale antérieure; ouverture dans le ventricule latéral droit, par Frederick Mott. (*Brain*, p. 143, juillet.) — Un cas d'anévrisme d'une branche de l'artère pulmonaire dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, par Haushalter. (*Rev. médic. de l'Est*, n° 9, p. 265, 1er mai.) — Ligature simultanée de la carotide commune et de la sous-clavière pour anévrisme de l'aorte ascendante; guérison, par Meriwelher. (*Annals of surgery*, p. 326, mai.) — Anévrisme traumatique de la sous-clavière; ligature du tronc brachiocéphalique et de la carotide primitive; guérison, par Lewtat. (*Brit. med. Journ.*, p. 312, août.) — Anévrisme cirsoïde de la main, amputation d'un doigt, par Tellier. (*Lyon médical*, 18 août.) — Anévrismes artério-veineux des vaisseaux poplités; extirpation; guérison, par Trélat. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 2, p. 153.) — Anévrisme diffus de la tibiale antérieure dans une fracture de jambe, apparition tardive, mort, par Arnaudet. (*Union médicale*, 15 octobre.) — Anévrisme de la tibiale antérieure; guérison, par Bell. (*Lancet*, 19 octobre.)

Angine. — De l'angine cholérique, par Coste. (*Rev. de méd.*, octobre.)—Angine et pneumonie, par Thayer. (*N. York med. Journ.*, p. 89, 26 janvier.)

Angiome. — Traitement par l'électrolyse de l'angiome, par Gessler. (*Beitr. zur klin. chir. Bruns*, IV, 2.) — Sur le traitement d'un vaste angiome de la face, par Bastianelli. (*Bull. d. Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma*, août.)—Du traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse, par Seigneur. (*Gaz. médic. Paris*, 14 septembre.)

Antisepsie. — Difficultés de l'isolement et avantages de l'antisepsie dans les salles de médecine des hôpitaux militaires, par C. Burlureaux. (*Annales d'hyg. publ.*, 482, juin.) — Cent opérations pour montrer les résultats de l'antisepsie, par Morris. (*N. York med. Journ.*, 12 janvier.) — Asepsie et antisepsie, par Cerné. (*Normandie médic.*, 15 octobre.) — Fluoro silicate de soude, nouvel antiseptique, par Croskey. (*Times and Register*, 6 juillet.) — Substitution, comme antiseptique, du biiodure ioduré au bichlorure de mercure, par Girard. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 13, p. 401, 1er juillet.) — Valeur de la créoline, de l'hydronaphtol et du fluosilicate de soude comme antiseptique, par Foot. (*Amer. Journ. of med. sc.*, septembre.) — Le pouvoir antiseptique des naphtols, par du Castel et Critzman. (*Soc. de biol.*, 8 décembre 1888.) — Nouvelles recherches sur l'action antiseptique de l'iodoforme, par J. Tilanus. (*München. med. Wochens.*, n° 32, 6 août.)

Anus. — Etudes sur le releveur de l'anus, par Dickinson. (*Amer. Journ. of obstet.*, septembre.) — Un cas d'imperforation de l'anus, opération, guérison, par Nicolson. (*N. York med. Record*, p. 264, 7 septembre.) — Dilatation de l'anus pour remédier à la constipation opiniâtre, par Cleveland. (*Ibid.*, 9 mars.) — Traitement de l'anus contre nature, par Kirmisson. (*Gaz. des hôpit.*, 3 septembre.) — Fistule à l'anus, par Weir. (*Intern. Journ. of surgery*, p. 132, juin.) — Note sur un cas d'anus contre nature consécutif à un étranglement herniaire; procédé employé pour rétablir artificiellement le cours des matières, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, n° 5,

p. 210.) — De la fistule anale chez la femme; son traitement par les sutures, par H. Mitchell. (*N. York med. Record*, p. 485, 4 mai.)

Aorte. — De l'aortite congénitale, par Hennig. (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, XXX, 1 et 2.) — Affection aortique, par Sieill. (*Practitioner*, septembre.) — Rétrécissement congénital de l'origine de l'aorte, par E. de Renzi. (*Riv. clinica e terapeut.*, p. 338, juillet.) — Sténose de l'aorte à la suite d'un violent effort musculaire, par E. de Renzi. (*Ibid.*, p. 339, juillet.) — Insuffisance aortique permettant des travaux pénibles, par Frænkel. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 623, 8 juillet.) — Altération athéromateuse de l'aorte donnant lieu à un hémato-péricarde mortel, par Posner. (*Ibid.*, p. 578, 24 juin.)

Appareil. — Note sur un nouveau sphygmographe, par Marage. (In-8°, 15 pages, *Paris*.) — Appareil pour le traitement pneumatique dans les hôpitaux, par Solis Cohen. (*New York med. Journ.*, p. 204, 23 février.) — Sur l'appareil à inhalation de Jahr et l'appareil de Weigert pour l'inspiration d'air chaud, par Ad. Schmid. (*Münch. med. Woch.*, n° 24, p. 410.) — Appareil à immobilisation, par Levrat. (*Lyon médic.*, 6 octobre.) — Description d'un nouvel appareil à coulisse pour les fractures du fémur (attelle américaine perfectionnée), par Butruille. (*Bull. méd. du Nord*, n° 7, p. 283.) — Trocart et canule antiseptique pour les abcès du foie, par Brown. (*Lancet*, 26 octobre.) — De l'endoscopie, appareil, par Linhart. (*Arch. f. Dermat.*, XXXI, 4.) — Rétracteur de la paroi postérieure du vagin, par Gœlet. (*N. York med. Journ.*, p. 205, 23 février.) — Nouvelle table d'opérations, par Laguaite. (*Gaz. des hôpit.*, 29 octobre.)

Artère. — Les artères de la peau du corps humain, par C. Manchot. (*Leipzig.*) — Sur le redoublement du 2e bruit dans les artères du cou, par Galvagni. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 3.) — Recherches sur le souffle sous-claviculaire, par Borsari. (*Ibid.*, XXVIII, 3.) — Essai sur le mode de production des souffles artériels en général et du double souffle en particulier, par François-Franck. (*Arch. de physiol.*, n° 4, octobre.) — Note sur des modifications artificielles de la pression artérielle, par Ch. Féré. (*Soc. biol.*, 1er juin.) — Quelques anomalies artérielles du membre supérieur, par Carpentier et Bruneau. (*Bull. méd. du Nord*, n° 5, p. 219.) — Plaie de l'artère radiale, par Queely. (*Lancet*, 21 septembre.) — Ligature des deux carotides primitives faites simultanément pour l'extirpation d'un cancer de la base de la langue et de la gorge; guérison, par Levi Lane. (*Trans. of Amer. surg. Assoc.*, VII, p. 187.)

Articulation. — Arthropathies expérimentales, par Babinski et Charrin. (*Soc. biol.*, 27 juillet.) — Trois cas de synovite chronique du genou traités par l'irrigation antiseptique, par M. Richardson. (*Boston med. Journ.*, p. 488, 16 mai.) — Arthrite purulente du genou, amputation de la cuisse, par Richet. (*Gaz. des hôpit.*, 26 septembre.) — Sur les formes mixtes de la tuberculose des articulations, par Pawlowsky. (*Ann. Institut Pasteur*, octobre.) — Observation d'arthrite tuberculeuse de l'épaule, résection, par Dodero. (*Dauphiné médical*, 1er septembre.) — Exploration de l'articulation du genou, évacuation de la synovie; résection des cartilages malades, par Lockwood. (*Brit. med. Journ.*, p. 1226, juin.) — Traitement de la spondylite tuberculeuse, par Lorenz. (*Wiener klin.*, mai.) — Du traitement des hydarthroses par la ponction et l'injection, par Falcoz. (*Arch. génér. de méd.*, septembre.) — Ankylose du coude, arthrotomie et résection de l'olécrâne, par Richet. (*Gaz. des hôpit.*, 8 octobre.) — La correction immédiate des difformités résultant des maladies de la hanche, par Gibney. (*N. York med. Journ.*, p. 116, 2 février.) — Etude expérimentale

sur la fixation et la traction dans le traitement des affections de la hanche, par Lovett. (*Ibid.*, p. 148.) — Traitement des maladies articulaires, par Phelps. (*Intern. Journ. of surg.*, mars.) — Le traitement des affections coxo-fémorales basé sur l'anatomie pathologique, par Phelps. (*N. York med. Journ.*, p. 477, 4 mai.) — Traitement des arthropathies, par Guyon. (*Rev. d'hyg. thérap.*, octobre.)

Asthme. — Asthme artificiellement provoqué chez l'homme, par Aronsohn. (*Deutsch. med. Wochens.*, n° 17, p. 339.)—Asthme et maladies des organes génitaux, par Peyer. (*Prager med. Wochens.*, 22 mai.) — Cure radicale de la fièvre des foins avec l'acide chromique, par H. L. (*Med. News*, 12 octobre.) — Le traitement climatérique de l'asthme bronchique, par Knight. (*Ibid.*, 7 septembre.)

Astigmatisme. — Sur la notation de l'astigmatisme, par Suarez de Mendoza. (*Soc. franç. d'opht.*, *Bull. méd.*, 14 août.) — Astigmatisme lenticulaire régulier, par Burnett. (*Med. News*, 14 septembre.)

Autoplastie. — Opérations plastiques sur la joue, par Al. Ritschl. (*München. med. Wochens.*, n° 15.)

Avortement. — Traitement de la rétention de l'arrière-faix dans l'avortement au 3e et 4e mois de la grossesse, par Demelin. (*Rev. génér. de clin.*, 30 mai.) — Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement recueillies dans les hôpitaux de Marseille, par Gilles. (In-8°, 41 pages, *Paris.*)

B

Bactériologie. — Atlas microphotographique de bactériologie par C. Frænkel et R. Pfeiffer. (4e livraison (fin des bacilles charbonneux.) (*Berlin.*) — L'histoire de la bactérie, ses rapports avec la santé et la maladie, par Mitchell Prudden. (In-12, *N. York.*) — Microbie médicale, par Thoinot (*Gaz. des hôp.*, 26 octobre.) — Etudes de bactériologie botanique, par Klein. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 12.) — Sur l'établissement de musées bactériologiques, par Czaplewski. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 15.) — Diagnostic clinique des affections internes à l'aide des méthodes d'examen bactériologique, chimique et micrographique, par R. Von Jaksch. (2e édition augmentée, *Vienne et Leipzig.*) — Des produits microbiens qui favorisent le développement des infections, par Roger. (*Gaz. des hôp.*, 19 septembre.) — Bactéries et poisons morbides, par Ludwig Brieger. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 39, p. 849, 30 septembre.) — Influence de l'étude des micro-organismes sur l'hygiène, par Schjerning. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LI, 387, octobre.) — De quelques organismes inférieurs nouveaux, par de Bruyne. (*Acad. roy. des sc. de Belgique*, n° 7.) — Sur la culture des bactéries, et particulièrement des streptocoques, dans les milieux au touraillon, par Gabriel Roux. (*Soc. biologie*, 13 juillet.) — Sur une nouvelle méthode de coloration des micro-organismes, en particulier de leurs appendices ciliaires et des flagelles, par Lœffler. (*Cent. f. Bakter.*, VI, nos 8 et 9.) — Coloration des appendices ciliaires des spirilles et des bacilles, par Trenkmann. ((*Ibid.*, VI, n° 16.) — La lutte du corps humain avec les bactéries, par Julius Arnold. (*Heidelberg.*) — De la production, par les microbes pathogènes, de substances solubles qui favorisent leur développement, par G. H. Roger. (*Soc. biologie*, 27 juillet.) — Sur la façon de se

comporter des microbes pathogènes dans l'eau courante, par Di Mattei et Stagnitta. (*Ann. d. Istit. d'igiene sper. Univ. di Roma.* vol. I, sér. 2, p. 3.) — De quelques microorganismes ressemblant au bacille typhique trouvés dans quelques eaux potables de Rome, par Santori. (*Ibid.*, vol. I, série I, p. 167.) — Sur les microbes de l'eau de Vichy, par F. Poncet. (*C. R. Soc. Biologie*, 29 juin.) — L'action du sel sur les microbes pathogènes, d'après Grancher et Richard. (*Rev. scientif.*, 21 septembre.) — La vie microbienne dans l'air des égouts, par Alf. Carpentier. (*Brit. med. j.*, p. 1403, juin.) — De nos substances alimentaires considérées comme terrain de culture pour les germes pathogènes, par Celli. (*Ann. d. Istit. d'igiene sper. Univ. di Roma*, I, sér. 2, p. 3.) — Influence de l'acide carbonique et d'autres gaz sur le développement des microorganismes, par Frankland. (*Zeit. f. Hygiene*, VI, 1.) — Action du sérum des animaux malades ou vaccinés sur les microbes pathogènes, par Charrin et Roger. (*Acad. des sc.*, 4 novembre.) — De l'influence de la ventilation sur les microorganismes exposés à la lumière, par Stern. (*Zeit. f. Hygiene*, VII, 1.) — Etat de nos connaissances sur l'influence de la lumière sur les bactéries et les organismes, par Raum. (*Ibid.*, VI, 2.) — De la bactérie purpurique, ses modifications avec la lumière, par Engelmann. (*Onderzoek. ged. in het phys. Labor. Utrecht*, n° 11, p. 68.) — Sur les bactéries byophytes ; note sur la symbiose des pucerons avec les bactéries, par Krassiltschick. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 septembre.) — Influence des produits toxiques des saprophytes sur la restitution de la virulence aux microparasites atténués, par A. Monti. (*Rendiconti della R. Accad. dei Lincei*, vol. V.) — Sur le transformisme en microbiologie pathogène ; des limites, des conditions et des conséquences de la variabilité du bacillus anthracis ; recherches sur la variabilité descendante ou rétrograde, par Chauveau. (*Acad. des sc.*, 7 octobre.) — Sur le transformisme en microbiologie pathogène. Des limites, des conditions et des conséquences de la variabilité du bacillus anthracis. Recherches sur la variabilité ascendante ou reconstituante, par Chauveau. (*Acad. des sc.*, 14 octobre.) — Transmission de la protéose à l'homme, par E. Perroncito. (*Giornale Accad. di medic. di Torino*, juin-juillet.) — Sur la persistance de la vie du protée le plus virulent, par E. Perroncito. (*Ibid.*, juin-juillet.) — Etude physiologique sur un microbe pyogène et septique, par Richet. (*Arch. de méd. expér.*, n° 5, septembre.) — Note sur quelques matières colorantes et aromatiques produites par le bacille pyocyanique, par A. Babès. (*Soc. Biologie*, 22 juin.) — Microbes pathogènes contenus dans la bouche de sujets sains. Maladies qu'ils provoquent, par Netter. (*Revue d'hyg.*, XI, 501, juin.) — Morphologie et bactériologie du leptothrix, par Arustamow. (*Wratch*, n° 3.) — Vibrio Metchnikovi, vaccination chimique, par Gamaleia. (*Annales Institut Pasteur*, octobre.) — De l'action antiseptique de quelques essences sur les bacilles de la tuberculose, du charbon et du choléra, par Freudenreich. (*Ann. de microg.*, n° 11.) — Note sur les microorganismes de la panse des ruminants, par Certes. (*Bull. soc. zool. France*, XIV, n° 4.) — Bactéries et diarrhée infantile, par Holt. (*N. York med. journ.*, p. 405, 13 avril.) — Etude du bacillus enteridis de Gärtner, par Karlinski. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 11.) — Des amibes comme parasites du gros intestin, par Massiutin. (*Wratch*, n° 25.) — Sur le rôle des microorganismes pathogènes dans les corps morts, par von Esmarch. (*Zeit. f. Hyg.*, VII, p. 1.) — Un nouveau bacille en virgule, par Rosenfeld. (*Breslauer ærztl. Zeit.*, n° 9.) — Propriétés pathogènes des microbes contenus dans les tumeurs malignes, par Verneuil. (*Acad. des sciences*, 26 août, et *Rev. de chir.*, octobre.) — Le bacille de Scheurlen est un saprophyte de la peau, par J. Fatichi. (*Lavori dello R. Istituto di studi superiori pratici e di perfezzionamento in Firenze.*)

La maladie du corn-stalk chez le bétail, par F. Billings. (*Buffalo med. journ.*, juillet.) — Sur l'étude bactériologique des lésions de la péripneumonie contagieuse du bœuf, par Arloing. (*Acad. des sc.*, 9 septembre.) — Détermination du microbe producteur de la péripneumonie contagieuse du bœuf, par Arloing. (*Ibid.*, 16 septembre.) — Notes bactériologiques sur certaines particularités du sang dans la pneumonie en rapport avec les divers microorganismes, par Lucatello. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 3.)

Bain. — Les bains de boues, par Jacob. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 29, p. 654, 22 juillet.)

Bassin. — Comparaison du bassin de la paralysie atrophique à proprement parler, par Blanc. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Contribution à l'anatomie et à l'étiologie du bassin spondylolisthétique, H. Treub. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, sept.) — Un cas de bassin rachitique chez une naine, par Ludwig Reinhardt. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Traitement des rétrécissements pelviens, par Dührssen. (*Berliner klinik*, 8e fascicule.) — Pathologie et diagnostic de la cellulite pelvienne, par Cushing. (*Journ. of. Amer. Assoc.*, 20 avril, p. 551.) — De l'ablation des tumeurs du tissu cellulaire pelvien par une périnéotomie latérale, par Saenger. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 685, 29 juillet.) — Traitement des abcès pelviens, par Wiedow. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 juillet.)

Béribéri. — Du béribéri, par A. Morris. (*Brit. med. j.*, p. 1000, mai.) — Phénomènes tardifs dans un cas de béribéri, par Regnault. (*Marseille méd.*, n° 7, p. 385.)

Biliaires (Voies). — Passage de l'oxyhémoglobine dans la bile de la vésicule après la mort, par Wertheimer et Meyer. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — De l'acide cholique, par Mylius. (*Ber. d. deut. chem. Gesel.*, XX, p. 1968.) — Lithiase biliaire et ictère, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 12 septembre.) — Expulsion de calculs biliaires par manipulations digitales, par Wylie. (*Brit. med. journ.*, 12 octobre.) — Note sur un cas d'angiocholite calculeuse, traitement par l'antipyrine, par H. Leroux. (*France méd.*, 31 janvier.) — Sur le traitement de la lithiase biliaire par l'arsenic, par Giordani. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma*, août.) — Cancer de la vésicule biliaire, par Harman. (*Southern Branch of brit. med. Assoc.*, 27 juin.) — Cancer primitif de la vésicule biliaire et des conduits, par Musser. (*Assoc. of americ. phys.*, 19 septembre.) — Cholécystotomie pour empyème et calculs de la vésicule biliaire, guérison, par Richardson. (*Boston med. journ.*, 25 avril, p. 414.) — Cholécystotomie, par Mayo Robson. (*Clin. soc. of London*, 25 octobre.) — La cholécystotomie, par Neil Macphatter. (*New York med. record.*, p. 281, 14 septembre.) — Extirpation d'une vésicule biliaire cancéreuse remplie de calculs et d'un gros fragment du foie, par Hochenegg. (*Soc. des méd. de Vienne*, 14 juin.) — Vésicule biliaire distendue simulant un rein flottant, cholécystotomie par incision lombaire, par Ewing Mears. (*Trans. of Americ. surg. Assoc.*, VII, p. 217.)

Blennorragie. — Du gonococcus au point de vue diagnostique et thérapeutique, par Neisser. (*Verhandl. d. deut. dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 133.) — Sur les gonococcus et diplococcus dans le canal de l'urètre. De la vulvovaginite, par Steinschneider. (*Ibid.*, p. 159, 170.) — De la valeur pratique du gonococcus, par Oberlaender. (*Berliner klinik, Heft* 5, 1888.) — De la vulvite gonorréique des prostituées, par Jacobi. (*Ibid.*, p. 193.) — Endoscopie dans la gonorrée chronique, par Klotz. (*Ibid.*, p. 199.)

— Traitement de la gonorrée par les injections, par FRIEDHEIM. (*Ibid.*, p. 211.) — Endocardite infectieuse suite d'urétrite, par ELY. (*N. York med. Record*, 16 mars.) — Néphrite mixte de nature blennorragique, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 27 août.) — Remarques sur la marche et le traitement du rhumatisme blennorragique, par BUFFET. (*Normandie médic.*, 1er septembre.) — A propos du rhumatisme blennorragique, par MORRIS. (*Intern. journ. of surg.*, juin, p. 126.) — De la stomatite ulcéro-membraneuse chez les blennorragiques, par MÉNARD. (*Ann. de dermat.*, X, n° 8, 9.) — Synovite blennorragique ou syphilitique, par WEIR. (*Internat. j. of surgery*, juin, p. 132.) — Le myrte, médicament de la blennorragie, par D. COGLITORE. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 315, juin.) — Du traitement de la gonorrée aiguë par les injections, par FRIEDHEIM. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 4.) — Traitement de l'orchite blennorragique, par DU CASTEL. (*Union médicale*, 10 octobre.)

Bouche. — Les affections chroniques de la bouche d'origine rhumatismale, par THORNER. (*New York med. record*, p. 698, 22 juin.)

Bronche. — Bronchite pseudo-membraneuse, par ALEX. W. STIRLING. (*Practitioner*, juin.) — Calculs bronchiques, par MOSCATO. (*Gaz. d. Ospit.*, 31 juillet.) — Sur le traitement des bronchites vulgaires, par GINGEOT. (*Revue générale de clinique*, n° 35.) — Bronchectasie traitée par les antiseptiques et le drainage, par MACKEY. (*Brit. med. Journ.*, 21 septembre.)

Brûlure. — Brûlure étendue des cuisses et de l'abdomen, ulcération probable de l'intestin ; guérison, par ANNANDALE. (*Brit. med. Journ.*, 19 octobre.) — Note sur une déformation du membre supérieur droit, avec atrophie en longueur et en épaisseur du squelette correspondant, consécutive à une ancienne brûlure, par L. ORCEL. (*Rev. de chir.*, n° 3, p. 251.)

C

Cancer. — De la nature infectieuse du cancer, par RÉMOND. (*Gaz. des hôp.*, 15 août.) — Origine épithéliale et nature parasitaire du cancer, par RAYMOND. (*Ibid.*, 14 septembre.) — Sur un organisme parasitaire des cellules épithéliales du cancer, par THOMA. (*Forts. der Med.*, n° 11.) — Le peu de fréquence du cancer chez les femmes dans le « lake District » anglais, par HAVILAND. (*Lancet*, 14 septembre.) — De la formation des tumeurs secondaires dans le carcinome, par HENEAGE GIBBES. (*Americ. j. of the med. sc.*, août, p. 142.) — Cancer ulcéré du front ayant envahi l'os chez une femme. Ablation. Quatre opérations ultérieures pour récidives locales, la première nécessitée par des attaques épileptiformes fébriles, par KRŒNLEIN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 46, p. 499, 15 août.) — Carcinose cutanée aiguë. Thrombose des sinus de la dure-mère. Autopsie. Cancer latent de l'utérus. Généralisation. Thrombose du sinus longitudinal supérieur. Ramollissement hémorragique du cerveau, par DUBREUILH. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 23 juin.) — Sciatique, tumeur de l'os iliaque. Fracture spontanée de l'humérus. Mort. Noyaux multiples de l'épithélioma tubuli dans les os et les reins. Point de départ inconnu, par H. LEGRAND. (*Soc. anat.*, 12 juillet, p. 478.) — Note sur un second cas de carcinose miliaire sous-cutané, par FERNET. (*France méd.*, 9 mars.) — Étude sur le traitement chirurgical du cancroïde des lèvres, par PLICQUE. (*Gaz. des hôp.*, 7 septembre.) — Arrêt de développement du cancer sous

l'influence de la faradisation, par Inglis Parsons. (*Brit. med. j.*, p. 936, avril.)

Cartilage. — Enchondrome de la grosseur d'une tête d'homme développé aux dépens du bord inférieur de la 4e côte gauche. Extirpation, par Krœnlein. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* n° 16, p. 500, 15 août.)

Cellule. — Quelques remarques à propos du dernier travail d'Arnold sur la fragmentation indirecte, par Denys. (*La Cellule,* V, 1.) — L'axe organique du noyau, par Van Gehuchten. (*Ibid.*) — Sur le rapport existant entre les bases azotées dérivant de la nucléine et la présence des cristaux dans le noyau, par V. Grandis. (*Giornale Accad. di medic. Torino,* juin-juillet.) — Essai sur les fonctions des cellules indifférentes dans l'organisme humain, par Dickinson. (*Lancet,* 21 septembre.) — Des phagocytes, par Osler. (*N. York med. journ.*, p. 393, 13 avril.)

Cerveau. — Description de deux cerveaux chinois. Note sur un pli de passage inférieur interne dans le cerveau humain, par Dercum. (*Americ. neurol. Assoc.*, 27 juin.) — Sur la circulation cérébrale et ses troubles, par Geigel. (*Münch. med. Woch.*, 22 août.) — Détermination du lieu de bifurcation de l'artère méningée moyenne dans ses rapports avec l'opération de Vogt, par C. Staurenghi. (*Il Morgagni,* septembre.) — Analyse du liquide céphalo-rachidien, par Halliburton. (*Brit. méd.*, p. 182, juillet.) — 1° Cerveau de chien ayant subi le jour de sa naissance une ablation complète du lobe occipital et partielle du lobe temporal gauches. Atrophie considérable de la bandelette optique gauche jusqu'au chiasma. 2° Cerveau de chien ayant subi le troisième jour de sa naissance une ablation de la plus grande partie de l'hémisphère cérébral droit. Mort au bout de huit mois et demi. Atrophie intense de la couche optique et du corps genouillé externe droits. Disparition complète de la pyramide droite; fort aplatissement de la protubérance du côté droit. Bandelette optique droite réduite à la moitié de son volume jusqu'au chiasma. 3° Cerveau d'une idiote de 28 ans ayant eu, à l'âge de 2 ans, une embolie de l'artère supérieure gauche. Absence de circonvolution temporale. Atrophie considérable des segments inférieurs du lobe pariétal. Disparition du corps genouillé interne gauche, par von Monakow. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31, p. 705, 5 août.) — Note sur les centres psychomoteurs des nouveau-nés, par P. Langlois. (*Soc. biol.*, 13 juillet.) — Dualité du cerveau, par E. Dupuy. (*Ibid.*, 25 mai.) — De l'absence du corps calleux dans le cerveau de l'homme : nouvelle observation par Alexandre Bruce (Revue critique très complète). (*Brain,* p. 171, juillet.) — Pathologie de l'aphasie sensorielle. Analyse de 50 cas dans lesquels la circonvolution de Broca n'était pas atteinte, par Allen Starr. (*Brain,* nos 45 et 46, et *N. York med. Record,* 27 juillet.) — Un cas d'athétose double, par Brousse. (*Gaz. hebd. Montpellier,* n° 23, 1888.) — Hémiathétose, par E. de Renzi. (*Rivista clinica e terapeutica,* p. 337, juillet.) — Athétose de la main gauche, phénomènes choréiformes du pied correspondant; déshar-monie mentale; autopsie, par Sabrazès. (*Journ. méd. de Bordeaux,* 6 octobre.) — Déviation conjuguée permanente des yeux et de la tête résultant d'une lésion du 6e noyau; remarques sur les mouvements latéraux associés du globe et sur la rotation de la tête et du cou, par Savill. (*Brain,* nos 45 et 46.) — Un cas d'astasie et d'abasie, par Berthet. (*Lyon méd.*, 7 juillet.) — Polyoencéphalite supérieure, ophtalmoplégie nucléaire et polyomyélite, par Sachs. (*Americ. journ. of med. sc.*, septembre.) — Diagnostic des maladies des tubercules quadrijumeaux, par Nothnagel. (*Brain,* nos 45 et 46.) — Essai de diagnostic des lésions des lobes occipitaux, par Boffard. (*Thèse de Lyon,* n° 483.) — Les modifications du caractère consécutives

aux lésions des lobes antérieurs du cerveau, par LEONORA WELT. (*Thèse Zurich,* 1888.) — De l'œdème cérébral, par HUGUENIN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aertze,* n° 11, p. 321, 1er juin.) — Thrombose des sinus cérébraux, par BRAYNTON BALL. (*Assoc. of Americ. phys.,* 18 septembre.) — Hémorragie cérébrale chez les obèses, par KISCH. (*Wien. med. Presse,* n° 19, p. 769.) — Un cas d'hémorragie du pont de Varole, par G. DOTTO. (*Sicilia medica,* p. 378, mai.) — Des localisations cérébrales au point de vue pratique, par FERRIER. (*Brain,* nos 45 et 46.) — Idem, par MILLS. (*Ibid.*) — Abcès du cerveau, opération, mort au 9e jour, par ESKRIDGE. (*Americ. neurol. Assoc.,* 27 juin.) — Abcès du lobule paracentral ouvert dans le ventricule latéral. Anévrisme par embolie de la cérébrale antérieure rompue dans le ventricule latéral droit, par MOTT. (*Brain,* nos 45 et 46.) — Abcès du cerveau compliquant une affection du poumon, par SAINSBURY. (*Lancet,* 12 octobre.) — Sur un cas de tumeur cérébrale, par REMAK. (*Berlin. klin. Woch.,* n° 32, p. 723, 12 août.) — Un cas d'hydrencéphalocèle, par MARION. (*Boston med. journ.,* 15 août, p. 159.) — Gliome de la protubérance, par MAGEE FINNY. (*Brit. med. journ.,* p. 948, avril.) — Gliome infiltré du cerveau, par FERRIER. (*Ibid.,* 26 octobre.) — Gliome de la protubérance intéressant les origines du nerf facial, de l'auditif, de l'oculo-moteur, du glosso-pharyngien et de l'hypoglosse. Autopsie, par H. RENDU. (*France méd.,* 11 mai.) — Myxosarcome interpédonculaire, par ALLEN STARR. (*Americ. neurol. Assoc.,* 26 juin.) — De l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs cérébrales, par THOMAS. (*Revue méd. Suisse romande,* IX, 543, septembre.) — Le traitement chirurgical des affections cérébrales, par ERNST VON BERGMANN (2e édition augmentée, Berlin.) — Cinq récents cas de chirurgie cérébrale, par KEETLEY, HOOD, BALT et COLMAN. (*Lancet,* 14 septembre.) — Intervention chirurgicale dans les affections cérébrales, par WILLE. (*Corresp.-Blatt., f. schweizer Aertze,* 1er mars.) — Notes sur le choc chirurgical, en particulier touchant les opérations sur le cerveau et la moelle, par DERCUM. (*Med. News,* 21 septembre.)

Césarienne (**Op.**). — Une opération césarienne, par J. MÜLLER. (*Cent. f. Gynæk.,* n° 39, 28 septembre.) — Opération de Porro, enfant vivant, mère morte après soixante heures, par ROBERTSON. (*Brit. med. journ.,* 2 nov.) — Un cas d'opération de Porro, par GALABIN. (*Obstetr. transact.,* janvier et février.)

Champignon. — Recherches sur le développement de quelques champignons parasites dans la nutrition saprophytique, par MEYER. (*Inaug. Diss. Erlanger.*)

Chancre. — L'induration des chancres vénériens n'est pas toujours une indication de syphilis constitutionnelle, par BURNETT. (*Journ. of cutan. dis.,* septembre.) — Recherches expérimentales sur la virulence du chancre mou et des bubons, par DUCREY. (*Monats. f. prakt. Dermat.,* IX, n° 9.) — Le chancre mou et son traitement, par MONTILLIER. (*Thèse de Paris,* 31 octobre.) — Sur le chancre non infectant de la femme, par G. DI BELLA et E. INGRIA. (*Sicilia medica,* p. 385, mai.)

Charbon. — La pustule maligne dans la campagne romaine, par CELLI. (*Ann. d'igiene sper. di Roma,* vol. I, série 2.) — Immunité produite par une albuminose isolée des cultures de bacillus anthracis, par HANKIN. (*Brit. med. journ.,* 12 octobre.) — Sur le passage de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus, par J. STRAUS. (*Soc. biologie,* 15 juin.) — Sur le passage du charbon de la bactéridie charbonneuse de la mère au fœtus, par E. PERRONCITO. (*Giornale Accad. di med. Torino,* juin-juillet.) — Contribu-

tion à l'étude de l'immunité pour le charbon, par E. Perroncito. (*Ibid.*, juin-juillet.) — Cas rare de charbon lent, étude des infections mixtes et de l'immunité héréditaire, par di Mattei. (*Ann. Istit. d'igiene sper. Univ. di Roma*, vol. I, sér. 2.) — Pustule maligne. Cautérisation au sublimé. Guérison, par Troquart. (*Journ. de médec. Bordeaux*, 11 août.) — Pustule maligne de la face. Cautérisation au thermocautère, injections iodées interstitielles. Guérison, par Richelot. (*Union médicale*, 20 août.)

Chirurgie. — Diagnostic des maladies chirurgicales, par E. Albert, 4e édit., trad. par Thiriar et Laurent. (In-8°, Bruxelles.) — Statistique des opérations pratiquées pendant trois mois dans la nouvelle salle d'opérations de l'hôtel-Dieu de Lyon, par Poncet. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Statistique des opérations faites à l'hôpital Bichat pendant l'année 1888. 357 opérations, 23 morts, par Terrier. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, n° 8, p. 157.) — L'avenir de la chirurgie, par Cheever. (*New York med. Record*, p. 579, 25 mai.)

Chlorose. — De la thrombose veineuse chez les chlorotiques, par Proby. (*Thèse de Paris*, n° 473.) — Du traitement de la chlorose par les lavements de sang défibriné, par Antiq. (*Thèse de Lyon*, n° 484.)

Choléra. — Le choléra en Cochinchine de 1863 à 1870, par Calmette. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Marche du choléra en 1888, par Georges Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 726, 12 août.). — Étude épidémiologique sur le choléra, par Celli. (*Ann. Istit. d'igien. sper. Univ. di Roma*, vol. I, sér. 1.) — De l'épidémie de choléra de Ripi en 1886, par Celli. (*Ibid.*, vol. 1, sér. 2.) — Le choléra de Mésopotamie, par Proust. (*Bull. Acad. de médec.*, 15 octobre.) — Histoire et épidémiologie du choléra, par J. Fayrer. Le choléra dans l'Inde, par Erni-Greiffenberg. Les quarantaines, par A. Schuster. Étude sur l'étiologie du choléra, par C. Corner, avec préface de M. von Pettenkofer. (*Munich.*) — L'analogie du choléra et de la diarrhée estivale, par Moore (*Brit. med. journ.*, 14 septembre.) — Influence de la putréfaction sur les germes du choléra et de la fièvre typhoïde, par Canalis et di Mattei. (*Bull. Accad. di Roma*, XV, 2.) — Recherches sur l'entérite infectieuse des poules, par Klein. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 10.) — Recherches bactériologiques sur le choléra des poules, par Wertheim. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXVI, 1 et 2.) — Notes sur le choléra, par Ross. (*Indian. med. Gaz.*, n° 6.) — La méthode de Schottelius pour le diagnostic bactérioscopique du choléra asiatique et du choléra nostras, par di Mattei. (*Ann. Istit. d'igiene sper. Univ. di Roma*, sér. 2.)

Chorée. — Chorée, étude microscopique dans 2 cas mortels, par Handford. (*Brain*, nos 45 et 46.) — Chorée hystérique. Crises caractérisées par l'hypocondrie suivie bientôt d'un besoin impérieux de marcher, de crier, de chanter. Guérison par le cuivre intus et extra, par Moricourt. (*France méd.*, 6 avril.) — Un cas de chorée sénile, par Anders. (*Journ. of med. Assoc.*, 18 mai, p. 688.) — Chorée dans la grossesse, par Handfield Jones. (*Trans. of obstet. Soc.*, XXXI, 3.) — Chorée avec troubles cérébraux, par Gay. (*Brain*, nos 45 et 46.) — Deux cas de chorée mortelle avec folie, par Powell. (*Ibid.*) — Chorée congénitale chez un idiot, par Hermann Rieder. (*München. med. Woch.*, 35, p. 603, 27 août.) — Chorée hystérique, par Blaikie Smith. (*Brit. med. journ.*, p. 11, juillet.) — Troisième cas de chorée héréditaire, par King. (*Med. News*, 13 juillet.) — De la respiration choréique, par Hauer. (*Prager med. Woch.*, 24 juillet.)

Choroïde. — Choroïdite suppurée double suite de méningite, par Sutphen

(*Americ. opht.* Soc., 17 juillet.) — Quelques mots sur la choroïdite spécifique et tuberculeuse, par SCHÖBL. (*Centr. f. prakt. Augenh.*, nov. 1888.) — Un cas de sarcome ossifiant de la choroïde, par DUCAMP. (*Montpellier médical*, juin.) — Sarcome de la choroïde, par SWAN BURNETT. (*Journ. of americ. Assoc.*, 29 juin, p. 920.) — Leucosarcome de la choroïde, par FONTAN. (*Recueil d'opthalm.*, juillet.)

Cicatrice. — Excroissance sur un cautère, par ICARD. (*Lyon méd.*, 18 août.) — Chéloïdes chez un nègre syphilitique, par LEWIN, VON BERGMANN, ISRAEL, EUG. HAHN, G. HAHN, VON WAGNER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 22, p. 505, 3 juin.) — Tumeurs développées sur une cicatrice, par BONNAUD. (*Lyon méd.*, 15 septembre.)

Circulation. — Le rôle du pouls dans la circulation, par GUSTAV HAMEL. (*Thèse Berne*, 1888.) — Cas remarquable de pouls lent pendant une période de deux années, par PRENTISS. (*Assoc. of Americ. phys.*, 18 septembre.)

Climat. — Le climat d'hiver du Nil par SAVILL. (*Lancet*, 16 novembre.) — La station climatique d'Arco dans le Tyrol méridional, par MAX KUNTZE. (*Arco.*) — Madère, station médicale fixe, climat des plaines, climat des altitudes, par MOURAO PITTA. (In-8°, *Paris.*) — La valeur thérapeutique du climat de l'Océan. Voyages, séjours au bord de la mer, par GIHON. (*Med. news*, 3 août.) — L'influence de l'atmosphère de l'Océan sur la population fixe, en particulier sur la phtisie pulmonaire, par BELL. (*Ibid.*, 3 août.) — La ceinture de pins de New-Jersey, région de sable et de forêts de pins, par PLATT. (*Ibid.*, 10 août.) — Le facteur physiologique dans le choix d'un climat pour les malades, par OTIS. (*Ibid.*, 17 août.) — Station d'hiver aux îles Winward, par VAN DE WARKER. (*Ibid.*, 30 août.) — La Californie du Sud comme station climatérique d'hiver, par ALLEN. (*Ibid.*, 12 octobre.) — Une station d'été (Californie du Sud), par W. BAKEMAN. (*New York med. Record*, p. 120, 3 août.)

Cœur. — Leçons sur les maladies du cœur, par O. FRAENKEL. (Hypertrophie idiopathique.) (*Berlin.*) — Etude des maladies valvulaires du cœur, analyse de 150 cas, par MIDDLETON. (*Lancet*, 26 octobre.) — Discussion de la Société de médecine interne sur le pronostic des affections du cœur. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 536, 10 juin.) — Pronostic des affections du cœur, par A. OLDENDORF, JASTROWITZ, PERL. (*Ibid.*, p. 578, 24 juin.) — Sur le soi-disant bruit présystolique, par DICKINSON. (*Lancet*, 19 octobre.) — Sur le rythme du bruit présystolique, par FENWICK et OVEREND. (*Lancet*, 26 octobre.) — Sur les effets cardiaques des excitations centrifuges du nerf vague, indéfiniment prolongées au delà du retour des battements du cœur, par LAULANIÉ. (*Acad. des sciences*, 2 septembre.) — De l'influence des excitations des deux nerfs pneumogastriques sur le rythme du cœur, par LAULANIÉ. (*Ibid.*, 26 août.) Symptômes et complications du cœur sénile, par BALFOUR. (*Edinb. med. journ.*, septembre.) — Du pouls capillaire et de sa valeur diagnostique dans les maladies du cœur, par WALTER S. LAZARUS BARLOW. (*Practitioner*, mars.) — De l'étiologie des endocardites, par PALIARD. (*Thèse de Lyon*, n° 478.) — Endocardite chronique, par DELAFIELD. (*Americ. med. Assoc.*, 26 juin.) — Endocardite, endartérite et oblitération par thrombose des deux artères fémorales, par CARYOPHYLLIE. (*Soc. anat.*, 14 juin, p. 439.) — De l'endocardite chronique, par DELAFIELD. (*N. York med. Record*, p. 337, 28 septembre.) — Sur un cas d'endocardite rhumatismale, suite d'arthrite généralisée, bruit de souffle mitral intense, disparition rapide des accidents. Guérison rapide, par MASCAREL. (*France méd.*, 30 mai.) — De l'endocardite rhumatismale et de ses symptômes, par POTAIN. (*Ibid.*, 9 avril.) — Sur l'étiologie de l'insuffisance mitrale, par H. J. HAMBURGER. (*Arch. f.*

path. Anat., CXVII, Heft 2.) — Du rétrécissement mitral pur, par PETER. (*France méd.*, 27 avril.) — Rétrécissement mitral, caillot auriculaire, par LYONNET. (*Lyon méd.*, 15 septembre.) — Deux cas d'insuffisance des valvules de l'artère pulmonaire, par ARNOLD BLATTMANN. (*Thèse Zurich*, 1888.) — De la tachycardie essentielle paroxystique, par BOUVERET. (*Rev. de méd.* septembre.) — De la bradycardie, par FRITZ GROB. (*Thèse Zurich*, 1888.) — Tuberculose du péricarde, par MACHALE. (*N. York med. Record.*, 31 août.) — L'adonis dans les maladies du cœur, par L. JUMON. (*France méd.*, 12 mars.) — De l'action de l'elléborine dans les maladies du cœur, par CERVELLO. (2e *Cong. de méd. ital. Rome*, 15 octobre.) — Influence de l'électrisation des nerfs du cœur au point de vue des applications thérapeutiques possibles, par F. CERVELLINI. (*Rivista veneta di scienze mediche.*) — Le traitement diétético-mécanique des affctions chroniques du myocarde, par M. J. OERTEL. (*Vienne.*) — Traumatisme du cœur. (*Rev. gén.*, 5 obs., par V. IDELSON. (*Annals of surgery*, p. 333, mai.) — Un cas de rupture spontanée du cœur chez un dément, par PICHENOT. (*Bull. Soc. méd. de l'Yonne*, 1888.) — Rupture du cœur par oblitération d'une artère coronaire et oblitération d'une artère coronaire sans angine de poitrine, par PETER. (*Semaine méd.*, 11 septembre.) — Sur les effets des blessures du cœur, par G. MARTINOTTI. (*Giornale della R. Accad. di Torino*, 1888, n° 7.)

Conjonctive. — Pathologie du trachome, ses rapports avec les autres formes d'inflammation conjonctivale, par REID. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 17 octobre.) — Traitement du trachome, par PEDRAZZOLI. (*Ann. di ottalm.*, XVIII, 1 et 2.) — Ostéomes sous-conjonctivaux, par VIGNES. (*Soc. franç. d'opthh.*, *Bull. méd.*, 18 août.)

Contagion. — Discussion sur la désinfection et l'isolement dans les maladies contagieuses (PARSONS, SMITH, SQUIRE, HOPE, etc.). (*Brit. med. journ.*, p. 452, août.)

Coqueluche. — Sur le traitement de la coqueluche par les pulvérisations phéniquées, par MAURIAC. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 7 avril.) — Traitement de la coqueluche par le spray d'eucalyptus, par HARDWICKE. (*Lancet*, 2 novembre.) — Traitement de la coqueluche, par AUG. OLLIVIER. (*Bull. gén. de thérapeut.*, p. 246, 30 mars.) — Traitement de la coqueluche par la résorcine, par CONCETTI. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. ospedali di Roma*, décembre 1888.) — Note sur l'isolement de la coqueluche, par LEGROUX. (*Soc. méd. des hôpit.*, 14 juin.)

Cordon ombilical. — Pronostic et traitement de la procidence du cordon ombilical, par LINDFORS. (*Centr. für Gyn.*, 13 juillet.)

Cornée. — État de la courbure de la cornée quand la pression intraoculaire est artificiellement accrue, par WILHELM EISSEN. (*Thèse Berne*, 1888.) — Quelques formes de kératalgie traumatique, par BROUSSET. (*Oph. Soc. of the un. Kingdom*, juin.) — Kératite par paralysie de la 5e paire, par CANT. (*Ibid.*, 17 octobre.) — De la kératite parenchymateuse circonscrite, par FRITZ EGGER. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Contribution à l'étude des ulcères infectieux de la cornée, par DENTI. (*Bollet. della poliambulanga Milan*, 1889.) — Abcès de la cornée, par HANSELL. (*Americ. opht. Soc.*, 16 juillet.) — Note sur la kératite malariale, par KIPP. (*Ibid.*) — Usage de la curette dans le trachome antérieur, par GRUENING. (*Americ. opht. Soc.*, 17 juillet.) — Traitement du kératocome par le tatouage, par GRANDCLÉMENT. (*Soc. franç. d'ophth. Bull. méd.*, 18 août.) — Transplantation de la cornée, par TANSLEY. (*Americ opht. Soc.*, 17 juillet.) — Trois cas de suture de la cornée, par DOLARD. (*Province méd.*, 27 juillet.)

Corps étranger. — Considérations sur certains cas de corps étrangers de la trachée, par MASSEI. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Corps étranger dans le larynx, thyrotomie, guérison, par MICHAEL BEVERLEY. (*Brit. med. journ.*, p. 14, juillet.) — Deux cas de corps étrangers dans les bronches. Remarques sur les indications de la trachéotomie en pareil cas, par E. BRYANT. (*Ibid.*, p. 1348, juin.) — Corps étranger dans la bronche droite, trachéotomie, par PAGE. (*Ibid.*, p. 130, juillet.) — Du tubage dans les cas de corps étrangers des voies aériennes, par MELTZER. (*N. York med. Record*, p. 311, 21 septembre.) — Extraction de fragments d'acier du corps vitré par l'aimant, par WADSWORTH. (*Amer. ophth. Soc.*, 17 juillet.) — Corps étrangers de l'œil, par PANSIER. (*Montpellier méd.*, octobre.) — Corps étrangers (morceaux de verre) ayant séjourné dix ans dans la paupière et sous la conjonctive, par CHEVALLEREAU. (*Soc. d'opht. de Paris*, avril.) — Extirpation des corps étrangers du nez, par DODD. (*Lancet*, 5 novembre 1888.) — Fragment d'os de grouse dans l'œsophage, par LONGHURST. (*Brit. med. journ.*, 5 octobre.) — L'ingestion de purée de pommes de terre chez les malades ayant avalé un corps étranger (aiguille courbe de suture), par ROUX. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, 384, juin.) — Extraction de la fesse d'un morceau de bois ayant pénétré huit jours auparavant dans la cuisse à l'insu du blessé, par PERRIN fils. (*Ibid.*, IX, 495, août.) — Corps étrangers de l'urètre chez l'homme, par EISLER. (*Wien. med. Presse*, n° 32, p. 1285.) — Tolérance temporaire des tissus par les corps étrangers, par J. BŒCKEL. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er septembre.)

Couleur. — La théorie du sens des couleurs de Young et de Helmholtz mise en défaut chez deux malades devenus monochromatiques, par KŒNIG. (*Berl. klin. Woch.*, n° 33, p. 745, 19 août.)

Crâne. — Essai critique sur le traitement des lésions traumatiques du crâne, par FORGUES. (*Arch. de méd. milit.*, novembre.) — Plaie par coup de feu de la base du crâne. Autopsie, par HŒHLING. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 885, 22 juin.) — Fracture du crâne par traumatisme avec enfoncement de la région temporale : surdité; longue survie. Autopsie, par SABRAZÈS. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 20 octobre.) — Perforation du crâne. Cause de mort non démontrée par l'autopsie, par BLUMENSTOCK. (*Wien. med. Presse*, n° 18, p. 729.) — L'asymétrie du crâne et l'astigmatisme, par IMBERT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 28, 1888.)

Criminel. — De la contagion du crime et de la prophylaxie, par MOREAU de Tours. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXII, 161, août.) — L'enfance des criminels considérée dans ses rapports avec la prédisposition naturelle du crime, par TRAVERNI, MAGNAN. (*Ibid.*) — La criminalité dans ses rapports avec l'ethnographie, par TALADRIZ. (*Ibid.*) — De l'influence des professions sur la criminalité, par COUTAGNE. (*Ibid.*) — Le crime politique au point de vue de l'anthropologie, par LASCHI. (*Ibid.*) — Criminalité des enfants, par BROUARDEL. (*Ibid.*) — Existe-t-il des caractères anatomiques propres aux criminels? Les criminels présentent-ils en moyenne certains caractères anatomiques particuliers? Comment doit-on interpréter ces caractères, par MANOUVRIER. (*Cong. de l'anthrop. criminelle. Bull. méd.*, 18 août.)

Cristallin. — L'étiologie de la cataracte, par SCHŒN. (*Rev. gén. d'opht.*, 31 août, n° 8.) — Opération de la cataracte secondaire, par MOTAIS. (*Bull. Soc. méd. Angers*, 2e sem. 1888, p. 13 et 25.) — Traitement consécutif à l'opération de la cataracte, par JULIAN CHISOLM. (*Internat. j. of surgery*, juin, p. 123.) — Sur le massage et l'irrigation dans l'extraction de la cataracte, par MCKEOWN. (*Lancet*, 19 octobre.) — Le traitement de la cataracte non mûre, par CRITCHETT, PRIDGIN TEALE, SNELL. (*Brit. med. journ.*,

24 août et 28 septembre.) — Remaniement du procédé classique de l'extraction simple, par DE WECKER. (*Cong. Soc. franç. d'ophthalm. Bull. méd.*, 14 août.) — Crochet pour l'extirpation des débris de la capsule, par BRONNER. (*Brit. med. Assoc. Brit. med. journ.*, 28 septembre.)

Cysticerque. — Cysticerque sous-conjonctival, par GUNN. (*Ophth. Soc. of un. kingd.*, juin.) — Note sur un cas de cisticerque dans le corps vitré, par ROMIÉE (de Liége). (*Bull. Acad. de méd. de Belgique*, n° 6, p. 335.)

D

Daltonisme. — Notes pathologiques sur la fausse appréciation des couleurs, par A. FAVRE. (*Lyon méd.*, 13 octobre.)

Dent. — Anomalie dentaire de nombre; anomalie par augmentation, par EYSSAUTIER. (*Le Dauphiné médical*, n° 5, p. 89.) — Examen d'une molaire d'éléphant et de ses moyens de fixation au maxillaire, par GALIPPE. (*Soc. Biologie*, 27 juillet.) — Le soin des dents, par S. SEXTON. (*New York med. record.*, p. 589, 1er juin.) — Faut-il soigner les dents de la première dentition, par GOLDENSTEIN. (In-12, *Paris.*) — De l'influence de la première dentition sur la marche de la rougeole, par FIESSINGER. (*Gaz. médic. Paris*, 19 septembre.)

Désinfection. — De la désinfection des déjections typhiques et cholériques par la chaux, par PFUHL. (*Zeits. f. Hyg.*, VI, 1.) — Sur les lavages désinfectants par la vapeur d'eau, par ROHRBECK. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 18.) — Savon désinfectant, par GAY. (*Gaz. hebd. Montp.*, n° 2, 1889.)

Diabète. — Quelques points obscurs au sujet de la glycosurie, par WILLIAMS (*Med. Soc. of London*, 28 octobre.) — Sur la morphologie du saccharomycète de l'urine diabétique, par BARKER SMITH. (*Lancet*, 21 septembre.) — Expériences sur l'action du syzygium jambolanum dans le diabète artificiel, par GRAESER. (*Lancet*, 2 novembre.) — De la coexistence du diabète chez le mari et chez la femme, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 juillet.) — Rapports entre le diabète et les lésions du pancréas, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 27 octobre.) — Du coma diabétique, par KIRSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, p. 289.) — Diabète sucré avec acétonurie et diacéturie, par E. DE RENZI. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 281, juillet.) — Gangrène diabétique, par WILLIAM HUNT. (*Philadelphie.*) — Elimination de l'eau ingérée dans le diabète sucré, par PICK. (*Prager med. Woch.*, 17 juillet.) — 3 cas de diabète traités par une gymnastique méthodique des divers muscles, par AYE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 675, 29 juillet.) — De l'antipyrine dans les affections rénales et le diabète, par FEENY. (*Brit. med. journ.*, 21 septembre.) — Cocaïne dans le diabète, par OLIVER. (*Lancet*, 12 octobre.) — Des progrès accomplis dans les dernières années dans le traitement du diabète, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. génér. de thérapeut.*, 30 mars, p. 241.) — Des règles hygiéniques à suivre dans les variétés du diabète glycosurique, par A. RENAULT. (*Revue générale de clinique*, n° 28.) — Cas de diabète insipide, par A. WESTPHAL. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, p. 772, 2 septembre.) — Diabète insipide guéri par l'ergot, par DA COSTA. (*Med. New.* 28 septembre.)

Digestion. — Recherches sur la digestion gastro-intestinale, par J. BOAS. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 642, 15 juillet.)

Diphtérie. — Étude du bacille de la diphtérie, par ZARNIKO. (*Cent. f. Bakter*, VI, nos 8 et 9.) — Le poison diphtéritique, considéré principalement au point de vue de son action sur le rein, par SPRONCK. (*Acad. des Sciences*, 12 août.) — Diphtérie humaine et diphtérie de volailles, par HENRIJEAN. (*Ann. de microg.*, n° 9.) — L'extension et les progrès de la diphtérie à Chicago, par EARLE. (*Arch. of pediat.*, n° 6.) — Prédominance de la diphtérie aux altitudes élevées, par CHAPMAN. (*Med. News*, 28 septembre.) — La diphtérie et le croup en Prusse, de 1875 à 1882, par L. BRUHL et E. JAKER. (*Berlin.*) — La contagion de la diphtérie, par ROBINSON. (*Assoc. of Americ. phys.*, 19 septembre.) — Observation d'un cas de diphtérie causée par l'intermédiaire d'un individu indemne, par VEIL. (*France médicale*, 30 juillet.) — Deux cas de pseudo-ataxie locomotrice consécutive à la diphtérie, par MORTON PRINCE. (*Boston med. journ.*, 13 juin, p. 581.) — Trois cas de laryngite pseudo-membraneuse. Croup et diphtérie. Trachéotomie, par CARPENTIER. (*Bull. méd. du Nord*, n° 4, p. 171.) — Diphtérie et laryngite aiguë, deux cas de trachéotomie, contagion et mort du père pour avoir aspiré l'air par la canule, par ROBERTS. (*Lancet*, 12 octobre.) — Etude étiologique et thérapeutique touchant la diphtérie, par J. GROGNOT. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 avril, p. 309.) — Coup d'œil sur l'état actuel du traitement de la diphtérie, par CONSTANTIN PAUL. (*Ann. de thérap. médico-chir.*, n° 1, mai.) — Humidité et haute température des chambres dans le traitement des cas de diphtérie, par WALKER. (*Arch. of. pediat.*, *Philadelphie*, n° 6.) — Nouvelles observations sur le traitement de la diphtérie, par GAUCHER. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 août.) — La diphtérie et son traitement, par LANGSTEIN. (*Prager med. Woch.*, 14 juillet.) — Sur le traitement de la diphtérie et la pathogénie des paralysies post-diphtéritiques, par F. D'ORTENSIO. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 300, juin.) — Sur le traitement de la diphtérie, par BONAMY. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai, p. 468.)

Dysenterie. — Perchlorure de fer dans la dysenterie, par CHOWDHOVRY. (*Lancet*, 2 novembre.) — Créoline dans la dysenterie, par OSSOVSKY. (*Vratch*, n° 14.) — Prophylaxie et traitement de la dysenterie, par SEVESTRE. (*Revue générale de clinique*, n° 27.) — Observation de dysenterie traitée par les injections de sulfate de cuivre, par EASBY. (*Lancet*, 12 octobre.)

E

Eau. — L'alimentation en eau potable de Berlin et de l'hôpital de la Charité, par MEHLHAUSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 25, p. 576, 24 juin.) — Discussion sur la contamination de l'eau potable par le plomb, par WHITE, FAIRCLOUGH, BROWN. (*Brit. med. Journ.*, p. 459, août.)

Eaux minérales. — Indications thérapeutiques de quelques eaux minérales, par SIMON. (*Rev. d'hyg. thér.*, septembre.) — Les stations d'eaux minérales et les stations sanitaires de la Suisse et des Vosges; la caravane hydrologique d'août 1888, par DE PIETRA SANTA et JOLTRAIN. (In-8°, *Paris.*) — Sur le traitement thermal de la gravelle urique, par DEBOUT D'ESTRÉES. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 avril, p. 372.) Recherches sur l'influence des eaux de Marienbad sur la nutrition, la digestion et la circulation, etc., par S. DOBIESZEWSKI. (*Ibid.*, 15 mai, p. 409.) — Traitement thermal de la gravelle urique, par MAX. DURAND-FARDEL. (*Ibid.*, 28 février, p. 150.) — Note sur les microbes de l'eau de Vichy, source de l'Hôpital, par F. PONCET. (*Soc. biologie*, juin.) — Rapport sur les eaux minérales des Etats-Unis, par la commission de l'Association climatologique américaine. (*New York med. Record.*, p. 646, 15 juin.) — Note sur

les eaux de Strathpeffer, par William Bruce. (*Practitioner*, juin.) — Les eaux minérales de Brides, par Fitzgerald. (*Brit. med. Journ.*, 5 octobre.) — Recherches sur l'influence des eaux de Marienbad sur la nutrition, la digestion et la circulation, par Dobieszewski. (*Bull. Acad. de méd.*, 9 avril.) — Indications de la cure de boisson de la source Kochbrunnen de Wiesbaden, par Emile Pfeiffer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26, p. 587, 1er juillet.) — Les sources minérales du Colorado, par Denison. (*Med. News*, 14 et 21 septembre.) — Histoire des fontaines de Cauterets et des variations de leur emploi au traitement des maladies chroniques, par Lahillonne. (In-16, p. 154, *Pau.*) — Recherches sur l'extrait d'eau mère de Mattoni (Franzensbad), par Lieber et Mohr. (*Wien. med. Presse*, n° 21, p. 860.)

Éclampsie.— Etiologie de l'éclampsie puerpérale, par Jaggard. (*Gynæcol. soc., Chicago*, 15 mars.) —Eclampsie puerpérale, par Broderick. (*Boston med. j.*, 15 août, p. 157.) — Rapport des bactéries avec l'éclampsie puerpérale, par Bayard Holmes. (*Chicago gyn. soc.*, 15 mars.) — Diagnostic et pronostic de l'éclampsie puerpérale, par Nelson. (*Ibid.*) — Prophylaxie de l'éclampsie, par Dœrnig; traitement, par Earle. (*Ibid.*) — La saignée dans l'éclampsie puerpérale, par Clarke. (*Gyn. soc. of Chicago*, 15 mars.) — Le traitement de l'éclampsie puerpérale, par Cole Newton. (*New York med. Record.*, p. 257, 7 septembre.) — Citrate de caféine dans l'éclampsie, par Bolton Corney. (*Practitioner*, février.)

Eczéma. — Eczéma phéniqué rapidement guéri par la lanoline, par George Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 807, 9 septembre.) — Traitement de l'eczéma phéniqué par l'onguent au diachylon de Hebra, par Nagel. (*Ibid.*, p. 848, 23 septembre.) — Méthode de traitement de l'eczéma, par Pick. (*Verhandl. d. deut. dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 290.) — Traitement de la période aiguë de l'eczéma, par D. Mackintosh. (*Practitioner*, juillet.)

Électricité. — Décharges électriques dans la peau de l'homme, sous l'influence de l'excitation des organes des sens et de différentes formes d'activité psychique, par J. de Tarchanoff. (*Soc. biologie*, 29 juin.) — La différentiation des courants électriques, par Rockwell. (*New York med. Journ.*, p. 169, 16 février.) — Note sur les accidents produits par la lumière électrique, par Ch. Féré. (*Soc. biologie*, 25 mai.) — Nouveau procédé de galvanisation dans les névralgies rebelles de la face, par Ziehl. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 mars.) — Du traitement des œdèmes et de l'ascite par la faradisation, par G. Lemoine et G. Huyghe. (*Bull. méd. du Nord*, p. 114, mars.) — Electrothérapie gynécologique et obstétricale, par Brivais. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Sur la valeur de l'électricité en gynécologie, disc. à la Brit. med. Assoc. (*Brit. med. Journ.*, 19 octobre.)

Éléphantiasis. — Pseudo-éléphantiasis du bras droit, par De Rantere. (*Ann. de la soc. de méd. d'Anvers*, mai, p. 95.)

Embolie. — Phtisie, mort par embolie pulmonaire, par Evershed. (*Lancet*, 26 octobre.) — De l'embolie graisseuse, par W. Grube. (*Vratch*, n° 3.)

Embryologie. — Modifications que subit l'œuf de la lapine pendant sa migration dans l'oviducte. Durée de cette migration, par F. Tourneux. (*Soc. biologie*, 20 avril.) — Recherches sur les conditions physiques de l'évolution dans les couveuses artificielles, par Dareste. (*Acad. des sciences*, 19 août.)

Emphysème. — L'emphysème interstitiel du vagin, de l'intestin et de la vessie, expliqué par des bactéries gazogènes, par Wilhelm Eisenlohr. (*Thèse Zurich*, 1888.)

Empoisonnement. — Le passage de l'hémoglobine dans la bile dans certains empoisonnements, par W. Filehne. (*Archiv f. path. Anat.*, CXVII, Heft 2.) La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine, traitées sous le double point de vue de la psychologie et de la médecine, par Schmidt. (In-16, *Nice.*) — Intoxication par la cocaïne (injection sous-cutanée d'un centigramme); guérison, par Bettelheim. (*Wien. med. Presse,* n° 12, p. 478.) — Un cas d'intoxication expérimentale sur l'homme par la cocaïne en instillations urétrales, par L. Droz. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 372, juin.) — Empoisonnement par la chlorodyne, par Springthorpe. (*Australian med. Journ.*, 15 août.) — Empoisonnement par l'atropine, par Springthorpe. (*Ibid.*, 15 août.) — Empoisonnement par l'atropine, par Oliver. (*Lancet*, 16 novembre.) — Etude médico-légale sur l'empoisonnement par l'aconitine, par Bassot. (*Thèse de Lyon*, n° 479.) — Empoisonnement par la jusquiame, par Dodd. (*Brit. med. Journ.*, 21 septembre.) — Empoisonnement par la strychnine; guérison, par Lombard. (*Gaz. des Hôp.*, 20 août.) — Plusieurs cas d'empoisonnement par le gros pignon d'Inde (jatropha-curcas), par Schnell et Lure. (*Marseille médical*, n° 5, p. 257.) — Empoisonnement par la codéine, par Walsh. (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.) — Empoisonnement par le café, par Cohn. (*Therap. Monats.*, mars.) — *Ibid.*, par Wimberg. (*Ibid.*, mai.) — Empoisonnement par l'ellébore, par Hott. (*Brit. med. Journ.*, 12 octobre.) — Les couleurs du goudron étudiées au point de vue toxicologique, hygiénique et médico-légal, par Th. Weyl. (2e livraison, *Berlin.*) — L'urine dans l'empoisonnement par l'acétylphenylhydrazine (pyrodine) et la réaction de Heller, par W. Filehne. (*Archiv f. path. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Empoisonnement par la phénacétine, par Hollopeter. (*Med. News*, 21 septembre.) — Un cas d'empoisonnement par l'antipyrine, par H. Berger. (*Therap. Monats.*, avril.) — Accidents consécutifs à l'usage de l'antipyrine, par Watkins. (*Lancet*, 2 novembre.) — Effets toxiques de 10 grains d'antifébrine, jeune homme de 19 ans, par Wilding. (*Brit. med. Journ.*, 14 septembre.) — Empoisonnement par l'antifébrine, par Fürth. (*Wien. med. Presse*, n° 16, p. 652.) — Effets toxiques de l'antifébrine, par Khakanoff. (*Mediz. Preglad. lekarski*, n° 1.) — Paralysie périphérique due à un empoisonnement par l'oxyde de carbone, par Jacoby. (*New York neurol. soc.*, 4 juin.) — Pathogénie de l'empoisonnement par l'acide cyanhydrique, par Geppert. (*Zeitschrift f. klin. Medicin*, XV, p. 307.) — Empoisonnement par le benzoate de soude, par Svensson. (*Svenska läkar. Forhandl.*, L, n° 7.) — Amblyopie par l'hydrate de chloral, par Mittendorf. (*Americ. opht. soc.*, 18 juillet.) — Mort par le sulfonal, par Petit. (*Med. News*, 10 août.) — Empoisonnement homicide par le chloral; rapport médico-légal, par Em. Reynolds. (*Brit. med. Journ.*, p. 235, août.) — Intoxication iodique aiguë chez un homme atteint de néphrite, par Gerson. (*Münch. med. Woch.*, n° 25, p. 426, 18 juin.) — Empoisonnement par du chlorure de zinc, par David Finlay. (*Brit. med. Journ.*, p. 15, juillet.) — Empoisonnement par le vert de gris, par Dauscher. (*Wien. med. Presse*, n° 19, p. 780.) — L'histoire clinique de l'empoisonnement par l'arsenic, par Holt. (*Boston med. Journ.*, 1er août.) — Les lésions anatomiques résultant de l'empoisonnement par l'arsenic, par Draper. (*Ibid.*, 8 août.) — Accidents toxiques causés par les étoffes teintes, par Lasser, Blaschko, Weyl. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 552, 17 juin.) — Etude toxicologique sur le mercure, par E. Leidié. (*Annales d'hyg. publ.*, XXII, 24 juillet.) — Un cas d'empoisonnement aigu mortel par injections d'huile grise, par Kaposi (*Ibid.*, p. 319.) — Doses toxiques des préparations mercurielles, par Zeising (*Ibid.*, p. 325.) — De l'estimation de la dose de mercure nécessaire pour le traitement de la syphilis, par Winternitz. (*Ibid.*, p. 347.) — Nouvelle contribution à

l'intoxication par le sublimé corrosif avec des remarques sur les lésions produites dans le rein, par Ed. Kaufmann. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Empoisonnement par l'oxyde jaune de mercure, par Lee. (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.) — Empoisonnement par le phosphore, par Grose. (*Lancet*, 2 novembre.) — Empoisonnement par le phosphore, par Dodd. (*Brit. med. Journ.*, 19 octobre.) — Accidents d'intoxication par la viande altérée, observés au camp d'Avor en mai 1889, par Polin et Labit. (*Archiv. de méd. milit.*, novembre.)

Enfant. — Les maladies des enfants chez les pauvres, par Gwynne. (*Sheffield med. chir. soc.*, 10 octobre.) — Clinique des maladies de l'enfance, par A. Steffen. (T. III, *Affections du cœur*, Berlin.) — Nécessité d'un complément à la loi de protection de l'enfance, par Rouvier. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Hygiène de l'enfance algérienne, décès, naissances, maladies et modes d'allaitement, comparés au point de vue des nationalités, par Bertherand. (In-8°, *Alger.*) — L'hygiène des enfants dans la première année, par Greenley. (*Americ. med. assoc.*, 25 juin.) — De la mortalité des enfants au-dessous d'un an en Finlande, 1872-1886, par Westerland. (*Firiska läkar. Handlingar*, XXXI, n° 8.) — Nouvelle couveuse pour enfants, par Auvard. (*Arch. de tocol.*, août.) — Mécanisme de la respiration chez le nouveau-né, par Dohrn. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 647, 15 juillet.) — Sur l'alimentation des nouveau-nés malades avec le lait stérilisé, par Uhlig. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 1 et 2.) — De la nutrition chez l'enfant nouveau-né, par Ph. Riedert. (*Münchener med. Woch.*, 23 avril.) — Recherches sur la répartition du fer chez les nouveau-nés, par L. Lapicque. (*Soc. biologie*, 22 juin.) — Des conditions de propagation des maladies contagieuses de l'enfance, par Sevestre. (*Progrès médical*, 31 avril.) — Etiologie de l'infection puerpérale des nouveau-nés, par Karlinsky. (*Nowing lekarskie*, n° 1.) — Mesures du crâne dans 20 cas d'hémiplégie cérébrale infantile, par Peterson. (*New York med. Journ.*, 6 avril, p. 365.) — Sur les conditions du développement de la puissance cérébrale chez les enfants, par Warner. (*Journ. of. mental sc.*, octobre.) — Des lésions histologiques de la substance grise dans les encéphalites chroniques de l'enfance, par Pilliet. (*Archiv. de neurol.*, septembre.) — Note sur un cas de pseudo-paralysie traumatique éphémère du deltoïde chez un jeune enfant, par H. Dauchez. (*France méd.*, 13 avril.) — Deux cas d'hémorragie cérébrale chez l'enfant, par Collier. (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.) — Hydrocéphalie congénitale chez un enfant de 4 mois, par Steffen. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 1 et 2.) — Fibro-sarcome du bulbe chez un enfant de 21 mois, par Steffen. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 1 et 2.) — Un cas de tumeur cérébrale chez un enfant avec bruit crânien systolique, par P. Meyer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 682, 29 juillet.) — De la pneumonie franche rudimentaire chez les enfants, par Nicolas Urdariano. (*Thèse Glaris*, 1888.) — Deux jumeaux atteints de la même maladie rénale et cardiaque, par O. D'Alloco. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 341, juillet.) — De l'entérocolite infantile, causes et traitement, par Babcock. (*New York med. Record.*, 13 juillet.) — La diarrhée des nourrissons, son traitement, par Stokwell. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Les affections intestinales des enfants pendant l'été, par Hooper. (*Americ. med. Assoc.*, 26 juin.) — Contribution à l'étude de l'épreuve par l'estomac et l'intestin chez les nouveau-nés, par von Maschka. (*Wiener med. Woch.*, n°s 30-31.) — Les affections cardiaques chez l'enfant, par Gibbons. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.) — La diarrhée des nourrissons et son traitement, par Stockwell. (*Therap. Gaz.*, 16 septembre.) — Le traitement du catarrhe gastro-intestinal des enfants, particulièrement de l'irrigation de l'intestin, par Davis. (*Med. News*, 6 juillet.) — Glycéro-borax dans la diarrhée des enfants, par Mansel

SYMPSON. (*Lancet*, 12 octobre.) — Le zona chez les enfants, par COMBY. (*Rev. des mal. de l'enfance*, novembre.) — L'urticaire chez les enfants, par COMBY. (*Gaz. des hôp.*, 12 novembre.) — Des gangrènes disséminées de la peau chez les enfants, par GALLOIS. (*Bull. méd.*, 8 septembre.) — Cas de sclérème des nouveau-nés, par ALF. BARRS. (*Brit. med. Journ.*, p. 994, mai.) — Inflammation des organes génitaux de l'enfance, par DAVIDSON. (*Practitioner*, mai.) — Vulvo-vaginite des enfants, par CURRIER. (*Med. News*, 6 juillet.) — Testicule tuberculeux chez un enfant, par MICHON. (*Lyon méd.*, p. 586, 25 août.) — La conservation est-elle la meilleure pratique dans le traitement des affections articulaires chez les enfants? par JUDSON. (*New York med. Record.*, p. 533, 18 mai.) — Litholapaxie chez les enfants, par ALLEN. (*Americ. med. assoc.*, 26 juin.)

Épilepsie. — Pathogénie expérimentale de l'attaque d'épilepsie, par BINSWANGER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 579, 24 juin.) — Pathogénie de l'épilepsie, par MINK (*Buffalo med. Journ.*, août.) — La pression artérielle dans les paroxysmes épileptiques et dans la colère, par FÉRÉ. (*Soc. biologie*, 25 mai.) — Ischémie de la rétine chez un épileptique, par C. STADERINI. (*Il Morgagni*, juillet.) — Epilepsie après la vaccination, par ALTHAUS. (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.) — Faits d'épilepsie corticale, par A. KÖHLER, OPPENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.*, n°s 281, 643, 15 juillet.) — Epilepsie somnambulique avec accidents cataleptiformes, par PARIS. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — Anomalies des organes génitaux et du sens génital chez un épileptique, par CH. FÉRÉ et PERRUCHET. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 131, n° 3.) — Observation d'un cas d'épilepsie traité par le sulfonal, par ENON. (*Bull. soc. de méd. d'Angers*, 1er semestre, p. 80.) — Le simulo comme remède contre l'épilepsie, par STARR. (*New York med. Record.*, 11 mai.) — La médication bromée dans l'épilepsie, par GAUSTER. (*Wien. med. Presse*, n° 13, p. 513.) — Borate de soude dans l'épilepsie, par MANSON. (*Americ. Lancet*, juillet.) — Histoire ultérieure d'un cas d'épilepsie focale, traitée par la trépanation et l'excision des centres moteurs, par LLOYD. (*Americ. neurol. Assoc.*, 27 juin.) — De la trépanation dans les épilepsies jacksoniennes non traumatiques, par PÉCHADRE. (*Thèse de Lyon*, n° 469.)

Épithélium. — Tumeurs épithéliales multiples, par LACROIX. (*Lyon méd.*, 22 septembre.) — Note sur une affection du chat, désignée sous le nom de cancroïde des lèvres, par CADIOT, GILBERT et ROGER. (*Soc. biologie*, 1er juin.)

Érysipèle. — Erysipèle et fièvre puerpérale, par WILSON. (*Maryland med. Journ.*, n° 20, 1888-89.) — Contagiosité de l'érysipèle, par WOODRING. (*Philad. med. and surg. reporter*, n° 60, p. 512.) — Erysipèle de la face avec complication rénale, pouls lent, mort subite, par MOUISSET. (*Province méd.*, 17 août.) — Traitement préservatif de l'érysipèle, par MARC SÉE. (*Bull. Acad. de méd.*, 27 août.) — Traitement de l'érysipèle par l'ichthyol, par BRUNN. (*Therap. Monatsh.*, mai.)

Estomac. — Recherches sur la digestion stomacale, par MATHIEU. (*Rev. de méd.*, août.) — De la diapédèse dont les glandes gastriques fœtales sont le siège, et de l'origine probable des cellules à pepsine, par MONTANIÉ. (*Soc. biologie*, 15 juin.) — De l'analyse chimique du contenu stomacal, par GEORGES. (*Archiv. de méd. expér.*, n° 5, septembre.) — Influence des sécrétions de l'estomac sur les manifestations de putréfaction dans le canal intestinal, par WASBUTZKI. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVI, 1 et 2.) — La physio-pathologie et la clinique des maladies de l'estomac, par G. RUMMO. (*La Riforma medica*, 20 avril.) — Progrès récents dans le diagnostic et le

traitement de quelques maladies de l'estomac, par L. Wolff. (*Med. News*, 21 septembre.) — De l'appréciation de la motricité de l'estomac, par Heuber. (*Münch. med. Woch.*, n° 119, 7 mai.) — Les fonctions stomacales chez les phtisiques, par Friedrich Schetty. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Des crises gastriques tétaniques avec vomissements noirs, par Charcot. (*Gaz. méd. Paris*, 28 septembre.) — La dyspepsie neurasthénique, par Glatz. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 555, septembre.) — L'auscultation interne de l'estomac, par C. Giorgeri. (*Gazetta degli ospitali*, n°s 25 et 26.) La douleur vertébrale, une forme nouvelle de gastralgie, par Buch (*Cent. f. Nervenh.*, 1er juin.) — Neurasthénie stomacale, par Garland. (*Assoc. of Americ. phys.*, 19 septembre.) — De la dilatation de l'estomac, par Weil. (*Prager med. Woch.*, 31 juillet.) — Traitement de la dilatation de l'estomac d'origine neurasthénique, par Carron de la Carrière. (*Soc. de méd. prat.*, 24 octobre.) — Les déséquilibrés du ventre, entéroptosiques et dilatés, par Trastour. (In-8°, 75 p., *Paris*.) — Gastralgie et hématémèses dues au séjour prolongé d'une tranche d'orange dans l'estomac, par Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 504, 3 juin.) — Ulcères du duodénum (3 obs.) et de l'estomac (1 obs.), par W. Pepper. (*Journ. of Americ. Assoc.*, p. 721, 25 mai.) — Ulcères multiples de l'estomac chez une morphiomane, par Loomis. (*New York med. Record.*, 24 août.) — Réponse à Brauner à propos de l'insuffisance motrice de l'estomac, par Ewald. (*Deutsche med. Woch.*, n° 11, p. 211.) — L'emploi des préparations pancréatiques dans le catarrhe atrophique de l'estomac, par Reichmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 7, p. 130.) — Cancer de l'estomac, cancer secondaire du foie avec microsplénie, par Tison et Descoings. (*Soc. anat.*, p. 450, 28 juin.) — Squirrhe du pylore non ulcéré et à marche lente. Propagation au péritoine, par Caryophyllis. (*Soc. anat.*, p. 441, 14 juin.) — Cancer de l'estomac, dilatation gastrique essentielle ou symptomatique, par Rendu. (*Gaz. des hôp.*, 31 octobre.) — Note sur le développement du cancer de l'estomac, par Raymond. (*Rev. de méd.*, octobre.) — Des perforations dans le cancer de l'estomac, par Mislowitzer. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — Sur le diagnostic et l'opération de la sténose du pylore, par Angerer. (*Arch. für. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Le diagnostic chimique des affections gastriques et ses conséquences thérapeutiques, par V. Witte. (*Munich.*)

Expectoration. — Etude sur les produits de fermentation des crachats, par Stadelmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 1 et 2.)

F

Ferment. — Etude sur la fermentation ammoniacale et sur les ferments de l'urée, par Miquel. (*Ann. de microg.*, n° 9.) — Du ferment de l'acide lactique, par Fokker. (*Fortsch. der Med.*, n° 11.) — Action de la chaleur sur les levures, par E. Kayser. (*Annales Institut Pasteur*, octobre.)

Fièvre. — De la fièvre à rechute, par Peter. (*France méd.*, 4 juin.) — Un cas de la maladie décrite par Ebstein sous le nom de fièvre à rechutes chronique (forme de pseudo-leucémie à accès fébriles périodiques et cycliques), par A. Hauser. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31, p. 692, 5 août.)— La fièvre, expression de l'énergie médicatrice de la nature, par Dochmann. (*Wien. med. Presse*, n° 13, p. 518.)

Fièvre jaune. — La fièvre jaune, remarques sur la marche des épidémies, par Graniozo y Ramirez. (*Rev. de sanid. milit. Madrid*, n° 3.) — La fièvre

jaune, par W. Nelson. (*New York med. record*, p. 29, 13 juillet.) — Statistique des inoculations préventives contre la fièvre jaune, par Freire. (*Acad. des sc.*, 4 novembre.) — Sur le micrococcus versatilis (de la fièvre jaune), par Cl. Delgado et Ch. Finlay. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, mars.) — La prophylaxie de la fièvre jaune aux Etats-Unis, par P. Gibier. (*Bull. méd.*, 23 octobre.)

Fistule. — Des fistules branchiales, par Schiffers (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Nouvelles considérations sur la nature morphologique des fistules congénitales de la ligne médiane du cou, par Rudolf Arndt. (*Berl. klin. Woch.*, p. 669, 29 juillet.) — Nouvelle position pour faciliter l'opération de la fistule vésico-vaginale et les autres opérations sur l'utérus et le vagin, par Heustis. (*Med. News*, 21 septembre.) — Du traitement des fistules vésico-vaginales, par Henricius. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, février.) — Fistule pyostercorale, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 3 octobre.)

Foie. — Etude des espaces portes du foie chez quelques vertébrés, par Pilliet. (*Journ. de l'anat.*, n° 3, mai-juin.) — Structure comparée du foie des vertébrés, par W. Shore et Lewis Jones. (*Brit. med. journ.*, p. 234, août.) — Vascularisation supplémentaire du foie, par Rolleston. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Traitement de la colique hépatique par l'ingestion d'huile d'olive à hautes doses, par Durand. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 17 mars.) — De la cirrhose hépatique et de l'importance des micro-organismes dans son étiologie, par Brigidi. (*Sperimentale*, août.) — Contribution à l'étude clinique des variations de l'urée sous l'influence de la cirrhose du foie, par Sobolewski. (*Thèse Genève*, 1888.) — Guérison de la cirrhose du foie après ponctions répétées de l'ascite, par Macdonald. (*Med. News*, 12 octobre.) — Sur les rapports de l'urobilinurie avec l'ictère, par Kiener et Engel. (*Soc. biologie*, 6 octobre 1888.) — Notes sur un cas de maladie de Weil, par W. B. Miller. (*Brit. med. journ.*, p. 11, juillet.) — De l'ictère infectieux, par Wassilieff. (*Wiener Klinik*, n° 8.) — Etiologie de l'atrophie jaune aiguë du foie, par Guarnieri (*Boll. d. Soc. lancisiana d. ospedali di Roma*, décembre 1888.) — De l'ictère infectieux fébrile, maladie de Weil, par Tymowski. (*Thèse de Paris*, 21 novembre.) — Abcès du foie ouvert spontanément dans les bronches, opéré consécutivement par la méthode de Little, coexistence d'une ouverture double ; guérison, par Rozemont-Malbon. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Abcès du foie, opération, mort, par Tompkins. (*Med. News*, 12 octobre.) — Sur les formes de la tuberculose hépatique, par Hanot et Gilbert. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Cancer primitif du foie à marche très aiguë (25 jours) chez une femme de 27 ans, par C. Cattani. (*Il Morgagni*, juillet.) — Cancer primitif du foie, par Sigaud. (*Lyon méd.*, 13 octobre.) — La mort dans les maladies du foie, par Chéron. (*Union médicale*, 24 septembre.) — La chirurgie du foie, par Lawson Tait. (*Edinb. med. journ.*, octobre.) — Sur une tumeur kystique du foie ou adénome des conduits biliaires, par Siegmund. (*Arch. f. path. Anat.*, CXV, 1.) — Deux cas de rupture traumatique du foie, par Christopher Heath. (*Brit. med. journ.*, p. 1170, mai.)

Foudre. — Des accidents nerveux provoqués par la foudre, par Charcot. (*Bull. méd.*, 30 octobre.)

Fracture. — Fracture du sternum, pleuro-pneumonie double chez un vieillard ; guérison, par Walter Foster. (*Brit. med. journ.*, p. 244, août.) — Des troubles nerveux consécutifs aux fractures de la clavicule par cause indirecte, par Chavier. (*Gaz. méd. Paris*, 24 août.) — Traitement des fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus par le massage, par Cadet.

(*Thèse de Paris*, 20 novembre.) — Fracture transversale successive des deux olécrânes, guérie sans écartement, par E. Eichenberger. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 14, p. 442, 15 juillet.) — Fractures expérimentales de l'épicondyle, par Austric. (*Thèse de Paris*, 20 novembre.) — Fracture comminutive de l'avant-bras, fracture comminutive de l'humérus, luxation méconnue; suture consécutive du col de l'humérus; guérison, par Morton. (*Philad. Acad. of surgery*, 3 juin.) — Pseudarthrose suite de fracture du radius ; guérison par des greffes d'os de lapin, par Mac Gill. (*Lancet*, 26 octobre.) — Fracture longitudinale oblique du radius, par Moffat. (*Brit. med. journ.*, 12 octobre.) — Sur un cas de fracture de cuisse au tiers inférieur avec rupture de l'artère fémorale, par Péraire. (*Rev. de chir.*, n° 2.) — Traitement des fractures de cuisse par la méthode d'extension modifiée de Bardenheuer, par Bitter. (*Deut. med. Woch.*, n° 16.) — Fracture compliquée de l'extrémité inférieure du fémur, par Kroenlein. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 16, p. 501, 15 août.) — Fracture transversale de la rotule traitée par une nouvelle méthode, par Mayo Robson. (*Brit. med. journ.*, p. 1229, juin.) — Fracture de rotule traitée par la suture, par L. Championnière. (*Soc. de chir.*, XV, p. 64.) — Fracture de la rotule traitée par les griffes de Malgaigne, par Gross. (*Philad. Acad. of surgery*, 3 juin.) — Fracture comminutive du tibia avec plaie de la jambe et fracture du péroné. Résection de cet os et suture du tibia ; guérison, par Battle. (*Brit. med. journ.*, p. 1225, juin.) — Fractures de l'extrémité supérieure du péroné gauche. Compression du sciatique poplité externe par un cal exubérant et paralysie totale des muscles extenseurs de la jambe. Résection du col et dégagement du nerf. Guérison complète, par Gérard Marchant. (*France méd.*, 21 février.) — Pièces d'amputation de jambe consécutive à une fracture non consolidée; examen de l'état de la cheville divisée fixant les fragments, par Marchand. (*Berlin klin. Woch.*, n° 34, p. 765, 26 août.) — Du massage suivant les différentes fractures des membres, par Lucas-Championnière. (*Revue générale dec linique*, n° 28.) — Du traitement des fractures par le massage, par Delagénière. (*Bull. Soc. méd. d'Angers*, p. 35, 1888.) — Traitement conservateur des fractures compliquées, par Whitehead. (*Med. News*, 12 octobre.)

Froid. — Note sur quelques effets du froid chez l'homme, par Ch. Féré. (*Soc. biologie*, 6 juillet.)

G

Gangrène. — Du bacille de la gangrène alcoolique et de sa culture, par Kitasato. (*Zeit. f. Hyg.*, VI, p. 105.)—Fait de gangrène cutanée causée par une solution phéniquée, par Ehrenfried Cramer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 33, p. 747, 19 août.) — Deux cas de gangrène embolique des membres inférieurs dans le rétrécissement mitral, par J. Mauz. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 812 et p. 839, 16 et 23 septembre.) — Gangrène sèche de la jambe par embolie poplitée avec tachycardie sans lésion organique ; amputation de jambe. Guérison, par Dénériez. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 435, juillet.) — Gangrène des deux pieds, suite de fièvre double, amputation, guérison, par Butler. (*New York med. record.*, p. 342, 28 septembre.) — Deux cas de gangrène de l'avant-pied. Considérations sur les moignons

consécutifs à l'élimination spontanée des régions sphacélées, par VASLIN. (*Bull. Soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre 1888, p. 74.) — Des tumeurs gazeuses du cou, par L.-H. PETIT. (*Union médicale*, 26 septembre.) — Recherches expérimentales sur les effets du gaz d'eau sur l'organisme, par HEINRICH SCHILLER. (*Thèse Zurich*, 1888.)

Génitaux (Org.). — Sur le développement et l'évolution du tubercule génital chez le fœtus humain dans les deux sexes, avec quelques remarques concernant le développement des glandes prostatiques, par TOURNEUX. (*Journ. de l'anat.*, n° 3, mai-juin.) — Malformation remarquable du prépuce, par ELLENBOGEN. (*Wiener med. Presse*, n° 51.) — Sur quelques complications de la balano-posthite simple, par L. MANNINO. (*Sicilia medica.*, p. 417, juin.) — Sur l'hérédité de l'absence de prépuce chez les juifs, par LÉVY. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXVI, 3.) — Erysipèle à répétition de la verge, œdème dur du prépuce consécutif, ablation au thermocautère après insensibilisation par la cocaïne, par JEANMAIRE. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Malformations congénitales des organes génito-urinaires chez les enfants nés à terme, par DEBIERRE. (*Bull. méd. du Nord.*, n° 8, p. 328.) — Nouveau procédé opératoire d'extirpation totale du pénis par MONTAZ. (*Gaz. des Hôp.*, 27 août.) — Tumeur épithéliomateuse du clitoris, par EDIS. (*Brit. gyn. Soc.*, 9 octobre.)

Géographie médicale. — Contribution à la géographie médicale; Loango, les Barilis et la colonisation européenne, par GROS. (*Arch. de méd. navale*, octobre.)

Glande. — Les glandes odorifères du blaps mortisaga et de quelques autres espèces, par GILSON. (*La cellule*, V, 1.)

Glaucome. — Le glaucome, par MOORE. (*New York med. record.*, p. 74, 20 juillet.) — Leçon sur la pathologie du glaucome, par E. WILSON. (*Brit. med. j.*, p. 880-929, mars-avril.) — Analyse de 90 cas de glaucome chronique simple, effets de l'iridectomie sur l'acuité de la vision et le champ visuel, par BULL. (*Americ. opht. Soc.*, 17 juillet.) — Iridectomie dans le glaucome, par GRUENING. (*Ibid.*) — Glaucome aigu après les opérations de cataracte avec iridectomie, par KEYSER. (*Americ. med. assoc.*, 25 juin.) — Traitement du glaucome, par HUTCHINSON. (*Brit. med. journ.*, 28 septembre.)

Goût. — Le développement des organes du goût chez l'homme, par TUCKERMAN. (*Journ. of anat.*, oct.)

Goutte. — Quelques remarques sur la goutte, par LEGRAND. (In-8°, 27 p., *Paris.*) — Deux observations de goutte anomale, orchite et angine, par BUISSON. (*Rev. de méd.*, octobre.)

Greffe. — Contribution aux greffes d'après le procédé de Thiersch, par CARL HÜBSCHER. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Faculté d'organisation de la pellicule de l'œuf de poule dans les greffes, par R. HAUG. (*Munich.*) — Greffe cornéenne, par de WECKER. (*Recueil d'ophtalm.*, juin.) — Greffe de conjonctive et de cornée de chien dans un cas de symblepharon avec adhérences très serrées et atrophie consécutive, par GASPARINI. (*An. di ottalm.*, XVIII, n° 3.)

Grippe. — Influenza, fièvre catarrhale épidémique, par MERRILL. (*Northwestern Lancet*, n° 13.) — La grippe à Gerolzhofen en 1888, par A. SCHMIDT. (*Münch. med. Woch.*, n° 17, p. 290, 23 avril.)

Grossesse. — Les impressions mentales maternelles affectent-elles le fœtus, par WYTHE COOK. (*Americ. journ. of obst.*, septembre.) — La rotation partielle de l'œuf au début de la grossesse comme cause de placenta præ-

via, par SAWYER. (*Americ. gyn. Soc.*, 19 septembre.) — Du diagnostic de la grossesse à son début, par L. ELIOT. (*Journ. of Americ. med. Assoc.* 22 juin, p. 867.) — Contribution statistique à la question de l'interruption artificielle de la grossesse, par OSCAR BERNHARD. (*Thèse Berne*, 1888.) — Etiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, par GUENIOT. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Vomissements incoërcibles de la grossesse, par GRAILY HEWITT. (*Brit. med. journ.*, p. 1850, mai.) — Pneumonie compliquant la grossesse, par STACK. (*Ibid.*, 12 octobre.) — Pneumonie et rossesse; cas de guérison, par BRADBURY. (*Ibid.*, p. 312, août.) — Pyopneumothorax au cours de la grossesse, par M. EDWARD. (*Nouv. arch. d'obstét.*, mai.) — Le tampon dans la grossesse, par G. NOBLE. (*New York med. record.*, p. 285, 14 septembre.) — Grossesse méconnue, par VAN DER VEER. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Grossesse extra-utérine, par GORDON. (*Ibid.*) — Grossesse extra-utérine, traitée par l'électricité, par TAYLOR. (*Ibid.*) — Grossesse extra-utérine. Ablation du fœtus mort, âgé de 4 mois, par la laparotomie, par TERRILLON. (*Bull. et Mém. de la Soc. obst. et gyn. de Paris*, mai.) — Hématocèle rétro-utérine par rupture d'une grossesse tubaire. Mort, par ROX. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 527, 10 juin.) — Grossesse tubaire, élimination spontanée par le vagin, par WILLIAMS. (*Med. News*, 27 juillet.) — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine, par BALDY. (*New York med. record.*, p. 309, 21 septembre.) — Le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine, par STRAHAN. (*Philadelphie.*) — Traitement des grossesses extra-utérines, par WEIT et par WERK. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 647, 15 juillet.) — Laparotomie pour grossesse extra-utérine. Guérison, par WERDER. (*Journ. of Amer. assoc.*, 18 mai, p. 696.) — Grossesse tubaire, opération. Guérison, par G. HAVEN. (*Boston med. journ.*, 15 août, p. 161.)

Gynécologie. — Traité des maladies des femmes à l'usage de l'étudiant et du praticien, par SKENE. (*New York.*) — De la nécessité d'un diagnostic précis en gynécologie, par PAUL PETIT. (*Nouv. arch. d'obst. et gyn.*, mai.) — Contre la doctrnie de l'auto-infection en gynécologie, par THORN. (*Samm., klin. Vortiäge*, n° 327.)

H

Helminthe. — Compendium d'helminthologie littérature de 1878 à 1889, par LINSTOW. (In-8, 151 p., *Hanovre.*) — De la trichinose, par SCHILLING. (*Zeit. f. Medicinalbeamte*, n° 9.) — Sur la vitalité des trichines, par GIBIER. (*Acad. des Sciences*, 30 septembre.) — Sur un cas de trichinose, par JONES. (*Brit. med. journ.*, 21 septembre.) — Sur la filaire mâle adulte du sang, par SIBTHORPE. (*Brit. med. journ.*, p. 1344, juin.)

Hématome. — Épanchement traumatique de sérosité anormal par son siège et par l'un de ses signes, par J. REVERDIN. (*Rev. méd. Suisse romande*, p. 166, mars.)

Hémoglobinurie. — De l'hémoglobinurie paroxystique, par GIRAUDEAU. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Remarque sur un cas d'hémoglobinurie, par BRISTOWE. (*Brit. med. journ.*, p. 998, mai.) — Pourquoi l'injection intraveineuse de glycérine produit-elle moins sûrement de l'hémoglobinurie que l'injection sous-cutanée? par WIL. FILEHNE. (*Archiv f. pathol. Anat.* CXVII, Heft 2.)

Hémorragie. — Sur les hémoptysies non tuberculeuses et non cardiaques des personnes âgées, par A. Clark. (*Brit. med. journ.*, 26 octobre.) — Hémoptysie arthritique, par Moorhead. (*Brit. med. journ.*, 2 novembre.) — Pathologie de l'hémoptysie par affection pulmonaire chronique, par Garland. (*Med. News.*, 17 août.) — Hémoptysie foudroyante, ulcération d'une branche de l'artère pulmonaire dans une caverne, par Péchadre. (*Lyon méd.*, p. 504, 25 août.) — Le traitement de l'hémoptysie des affections pulmonaires chroniques, autre que le traitement climatique, par Walker. (*Med. News.*, 24 août.) — La climatologie de l'hémoptysie dans les affections chroniques du poumon au point de vue étiologique et thérapeutique, par Curtin. (*Med. News.*, 24 août.) — Traitement des hémorragies après l'accouchement, par Dührrsen, Olshausen, etc. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 645, 29 juillet.) — De l'hémorragie utéro-placentaire; quelques applications cliniques du traitement obstétrical de l'auteur, par Hamon de Fresnay. (*Annales Soc. méd.*, *Anvers*, mars et avril.) — Traitement de l'hémorragie post partum secondaire par le raclage et l'écouvillonnage de l'utérus, par M. Misrachi. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août, p. 145.) — Compression de l'aorte abdominale dans le traitement de l'hémorragie post partum, par La Torre. (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, avril.) — Traitement des hémorragies post partum, par Dührssen. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 347.) — Des injections hypodermiques de caféine dans le traitement de la métrorragie puerpérale, par A. Misrachi. (*Revue gén. de clinique*, n° 30.) — Etude sur l'hémophilie, par Fischer. (*Inaug. diss. Munich.*) — Hydrate de chloral comme hémostatique, par Philips. (*Novosti terap.*, n° 10.)

Hémorroïdes. — Sur le traitement des hémorroïdes, par Penny. (*Intern. journ. of surg.*, septembre, p. 208.) — Traitement chirurgical des hémorroïdes. Réponse à M. Kelsey, par Whitehead. (*N. York med. journ.*, p. 207, 23 février.) — Cure radicale des hémorroïdes, par Wyeth. (*Intern. journ. of surgery*, juillet, p. 161.)

Hérédité. — La science de l'hérédité, par Galton. (*Rev. scientif.*, 17 août.)

Hernie. — Hernies inguinales, engouement et étranglement, par Castex. (*Gaz. des hôp.*, 19 septembre.) — Leçons sur la hernie inguinale, par Wyeth. (*Intern. journ. of surg.*, septembre, p. 210.) — Les variétés anatomiques et cliniques des hernies inguinales réductibles, par A. Broca. (*Gaz. hebd. de méd.*, 16 août.) — Deux observations de hernies étranglées, par Garrigue. (*Gaz. des hôp.*, 24 septembre.) — Des hernies inguinales congénitales, par Ducret. (*Journ. sc. méd. Lille*, 7 juin.) — Épiplocèles adhérentes au sac, par Maré. (*Thèse de Paris*, 21 novembre.) — Hydrocèle d'un sac herniaire, par Norton. (*Journ. Amer. assoc.*, 11 mai, p. 656.) — Hernie propéritonéale, par Dulles. (*Americ. med. assoc.*, 26 juin.) — Hernie ombilicale étranglée. Abcès stercoral. Anus contre nature. Guérison spontanée, par Carpentier. (*Bull. méd. du Nord*, n° 155.) — Sur un cas de hernie ombilicale congénitale, par Clopatt. (*Finiska läkar. Handlingar*, XXXI, n° 8.) — Hernie ombilicale congénitale, par Barton. (*Philad. Acad. of surg.*, 3 juin.) — Hernie ventrale, par Weir. (*Intern. journ. of surg.*, juin, p. 132.) — Deux cas de hernie ventrale : cure radicale, par Ern. Neve. (*Brit. med. journ.*, p. 1294, juin.) — De la hernie lombaire, par J. Hutchinson. (*Ibid.*, p. 71, juillet.) — Un cas de hernie lombaire étranglée, par G. H. Hume. (*Ibid.*, p. 73.) — Le traitement des grosses hernies, par Warren. (*Americ. med. assoc.*, 26 juin.) — La cure radicale des hernies, par Many. *Ibid.*) — *Idem*, par Deaver. (*Ibid.*) — Des hernies, comparaison des diverses méthodes de traitement, par Mastin. (*Transac. of Amer. surg. assoc.*, VII, p. 25.) — Résumé de trois leçons sur l'anatomie pathologique et le

traitement des hernies, par Ch. Barrett Lockwood. (*Brit. med. journ.*, p. 1336, juin.) — Etranglement d'une hernie par pincement latéral, au niveau de la portion rétrécie d'un sac en bissac; kélotomie, guérison, par Zésas. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 15, p. 477, août.) — L'opération de la hernie étranglée par la méthode de Mac Burney, 3 cas, par Manley. (*N. York county med. assoc.*, 20 mai.) — Hernies étranglées traitées avec succès par l'emploi des injections hypodermiques de chlorhyd. de morphine, par Lombard. (*Gaz. des hôp.*, 10 septembre.) — Kélotomie par hernie étranglée chez un enfant de 7 mois; guérison, par Ed. Martin. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, p. 336, juillet.) — Traitement chirurgical de la hernie étranglée, 4 cas, par Richardson. (*Trans. of Americ. surg. Assoc.*, VII, p. 191.) — La cure radicale de l'étranglement herniaire, par B. Martino. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 407, août.) — Comparaison des diverses méthodes de cure radicale des hernies, par Cl. Martin. (*N. York med. Record*, p. 581, 25 mai.) — Résection de l'intestin gangrené dans la hernie étranglée, par Mac Cosh. (*N. York med. journ.*, p. 281, 16 mars.)

Herpès. — Recherches sur les cultures pures du champignon de l'herpès tonsurans, par Leslie Roberts. (*Monats. f. prakt. Derm.*, IX, n° 8.) — Parasites des éruptions circinées, par de Fortunet. (*Lyon méd.*, 20 octobre.)

Histologie. — Guide pour la pratique de l'histologie pathologique, par Oskar Israel. (*Berlin.*) — L'importance du microscope dans le diagnostic des maladies, par Mulligan. (*Buffalo med. journ.*, octobre.) — Les laboratoires de micrographie à l'Exposition universelle de 1889. (*Ann. de microg.*, n° 9.) Sur une coloration nouvelle des substances amyloïdes, par E. Burchardt. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Sur la technique histologique et en particulier sur le carmin au cuivre, sur le carmin au lithium et sur le picrocarmin au lithium. (*Ibid.*, XVII, Heft 1.)

Hôpital. — Historique des hôpitaux d'isolement londoniens pour maladies contagieuses fébriles, par Kürsteiner. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 17, p. 535, et n° 18, p. 565, 1er et 15 septembre.) — Mémoires sur la construction d'une maternité et d'une école départementale d'accouchement dans les jardins de l'Hôtel-Dieu, par Ledru et Nivet. (In-8, *Clermont-Ferrand.*) — L'hospice civil et les hôpitaux de Brest, par Cuzent. (In-8, 437 pages, *Brest.*) — Le nouvel hôpital d'Eppendorf à Hambourg, par Th. Deneke. (*Berlin. klin. Woch.*, 29 juillet et 5 août.) — Annales de l'hôpital général de Munich, par H. von Ziemssen. (T. IV. *Munich.*) — Histoire de l'hôpital de la ville de Francfort-sur-le-Mein, pendant le 18e siècle, par Stricker (*Archiv f. path. Anat.*, CXVII, Heft 1.) — Encore les sanatorias maritimes, par van Merris. (*Bull. méd. du Nord*, n° 5, p. 198.) — Des stations maritimes, de l'hôpital marin de Pen-Bron, près le Croisic, par Eraud. (*Lyon méd.*, 15 septembre.)

Hydatide. — L'affection hydatique dans la Nouvelle-Zélande, par Macdonald. (*New Zealand med. journ.*, n° 2, 1888-89.) — Un cas d'échinocoque de la plèvre, par L. Concetti. (*Bull. d. Soc. lancisiana d'Ospedali di Roma*, août.) — Du traitement des kystes hydatiques non suppurés du foie par la ponction simple, par Spillmann. (*Revue méd. de l'Est*, n° 11, 1er juin, p. 321.) Echinocoque du foie, extirpation avec résection du tissu hépatique, par Vöhtz. (*Hospitals Tidende*, VII, n° 22.) — Kyste hydatique du foie, traité par l'injection de liquide de van Swieten; guérison, par Juhel Renoy. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 juillet.) — Kyste hydatique du foie, traité par une injection de naphtol, par Chauffard. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 26 juillet.) — Kyste hydatique de l'abdomen, opération; guérison, par Moses Gunn.

(*Lancet*, 21 septembre.) — Contribution à l'étude du traitement des kystes à échinocoques de la cavité abdominale, par MORINI. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma*, août.) — Kyste à échinocoque de la région inférieure et interne de la cuisse gauche, par G. NINNI. (*La Riforma medica*, 1er juin.) — Kyste hydatique à siège insolite, fesse, par LAPEYRE. (*Soc. de méd. prat.*, 10 octobre.)

Hygiène. — L'hygiène il y a cent ans, par H. NAPIAS. (*Revue d'hyg.*, XI, p. 594, juillet.) — Traité d'hygiène publique et privée par Rosenthal, traduit par LAVRAND. (In-8, *Bruxelles.*) — L'enseignement de l'hygiène dans les universités, par UFFELMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 765, 26 août.) — Guide pour les recherches d'hygiène d'après les méthodes en usage à l'Institut de Munich, par EMMERICH et TRILLICH. (*Munich.*) — Des constitutions médicales, par CLÉMENT. (*Lyon méd.*, 22 septembre.) — Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements, par MARTIN. (In-18, 337 p. *Lyon.*) — Législation de l'hygiène prophylactique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. génér. de thérap.*, p. 433, 30 mai.) — Avantages sanitaires de la ville du Lac-Salé, par NILES. (*N. York med. Record.*, p. 538, 18 mai.) — Note sur le projet d'assainissement de la ville de Marseille, par CARTIER. (*Revue d'hyg.*, XI, p. 516, juin.) — Les logements d'ouvriers dans la région industrielle de la Haute-Silésie, par BORONOW. (*Annales d'hyg.*, XXI, p. 519, juin.) — Des habitations à bon marché au point de vue de la construction et de la salubrité, par EMILE MULLER et O. DU MESNIL. (*Annales d'hyg. publ.*, XXII, 150, août.) — De l'assainissement de nos habitations au point de vue de la prophylaxie des maladies infectieuses, par CELLI. (*Ann. istit. d'igiene sper. univ. di Roma*, vol. 1, sér. 2, p. 3.) — Des conditions de salubrité et de sécurité des ouvriers des grands chantiers, par H. POUPON. (In-8, *Paris.*) — La question de la surveillance médicale des écoles. Rapports au comité supérieur primaire pour les affaires médicales, par VIRCHOW et par GRAF. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LI, 211, juillet.) — Sur l'hygiène à l'école et sur le choix des écoles pour certains enfants, par DUKES. (*Lancet*, 2 novembre.) — L'inspection sanitaire dans nos écoles, par RUSSO GILIBERTI. (*Avvenire educativo*, III, 6 et 7.) — Nouveau modèle de banc scolaire, par SCHENK. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 18, p. 558, 15 septembre.) — Principes sanitaires d'une réglementation préventive de l'altération des cours d'eau. Rapports au comité supérieur prussien pour les affaires médicales, par R. KOCH et par LISSAUER. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LI, 172, juillet.) — Rapport au comité consultatif d'hygiène sur le projet de loi sur l'assainissement de la Seine et l'utilisation agricole des eaux d'égoût de Paris, par OGIER. (*Ann. d'hyg.*, pub., mars.) — Dangers des conduites d'eau en plomb, par SEYDEL. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 764, 26 août.) — Le campement des Sociétés de gymnastique dans le polygone de Vincennes, par L. COLIN. (*Annales d'hyg. publ.*, juillet.) — Rapport du comité consultatif prussien pour les affaires médicales sur la prophylaxie et la diffusion de la phtisie dans les prisons, par LEYDEN. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LI, 169, juillet.) — L'acide sulfureux et son emploi dans la préparation des aliments et boissons, par L. PFEIFFER. (*Munich.*) — Sur la nécessité de surveiller la vente de l'arsenic et d'exiger la dénaturation de cette substance toxique en dehors des besoins de la pharmacie, par MARQUEZ. (*Bull. Acad. de méd.*, 27 août.) — Une explosion de farine dans une boulangerie de Paris, par H. BUNEL. (*Annales d'hyg. publ.*, XXII, 70, juillet.) — Les couleurs de la houille au point de vue de l'hygiène, par LINOSSIER. (*Lyon méd.*, 1er septembre.) — Note sur un accident causé par l'inflammation subite d'un peigne en celluloïde, par LÉON FAUCHER. (*Revue d'hyg.*, XI, 522, juin.) — Etat actuel de la question de la prostitution, par WERNICH.

(*Wien. med. Presse.*, n° 11, p. 417.) — La prostitution réglementée à Kiew et l'hygiène sexuelle, par Aug. Forel. (*Corr.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 17, p. 513, septembre.) — Sur la conservation des viandes par le froid, par G. Pouchet. (*Soc. Biologie*, 15 juin.)

Hygroma. — Hygroma énorme de la bourse séreuse de la tubérosité ischiatique, par Büngner. (*Berlin. klin. Woch.*, 3 juin.) — Hygroma prérotulien, excision, par Orsi. (*Progresso med.*, 1er août.)

Hypnotisme. — Quelques remarques sur l'hypnotisme, par G. Ringier. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 490, 15 août.) — Essai d'une terminologie dans les questions d'hypnotisme, par Richet. (*Cong. de psych. physiol. Bull. méd.*, 18 août.) — La sensibilité hypnoptique, par Ochorowicz. (*Ibid.*) — Des différences qui existent entre le sommeil hypnoptique et le sommeil normal, par Ochorowicz. (*Ibid.*) — De la nécessité d'interdire les séances publiques d'hypnotisme, par Ladame. (*Congr. de l'hypnot. expér. Bull. méd.*, 14 août.) — Valeur thérapeutique et moyens de provoquer l'hypnose, par Bernheim. (*Ibid.*) — Rapports de la suggestion et du somnambulisme avec la jurisprudence et la médecine légale, la responsabilité dans les états hypnotiques, par Liégeois. (*Ibid.*) — Tout est-il suggestion dans l'hypnotisme ; rapports de l'hystérie et de l'hypnotisme, par Babinski. (*Ibid.*) — Recherches sur l'hypnotisme des animaux, par Danilewsky. (*Ibid.*) — Les mouvements inconscients et l'écriture automatique, par Richet. (*Ibid.*) — Transmission de la pensée, par Myers. (*Ibid.*) — Etude de la respiration et de la circulation dans l'hypnose, par Hauer. (*Prager med. Woch.*, 21 août.) — Etude expérimentale d'un cas d'hypnotisme, par von Krafft-Ebing. (*Stuttgart.*) — Applications de la suggestion à la pédiatrie et à l'éducation mentale des enfants vicieux ou dégénérés, par Bérillon. (*Cong. hypnot. expér.*) — Les dangers de l'hypnotisme, par V. Ziemmsen. (*Münch. med. Woch.*, n° 31, 30 juillet.) — Sur l'hypnotisme, par Nonne. (*Ibid.*, n° 26, 25 juin.) — Inconvénients ou avantages de l'hypnotisme, par Bidon. (*Marseille méd.*, n° 5, p. 261.) — De la suggestion thérapeutique, par von Corval. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31, p. 750, 5 août.) — Du traitement par l'hypnotisme, par Krafft-Ebing. (*Wien. med. Presse*, n° 29, p. 1185.) — De l'hypnotisme en thérapeutique, par Mendel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 504, 3 juin.) — *Idem*, par Sperling, Moll. (*Idem*, n° 23, p. 524, 10 juin.) — Applications thérapeutiques de l'hypnotisme, par Luys. (*Gaz. des hôp.*, 29 août.) — Hypnotisme ou psychothérapie, par Felkin. (*Edinb. med. journ.*, septembre.)

Hystérie. — Une épidémie d'extase religieuse hystérique dans la commune de Nilsia, par Hjelmann. (*Finska läkar. handlingar*, XXXI, n° 6, juin.) — Théorie de l'hypnose et de l'hystérie, par Kurella. (*Cent. f. Nervenh.*, 1er juin.) — L'état mental des hystériques, par Preston. (*N. York med. journ.*, p. 141, 9 février.) — Hystéro-épilepsie chez l'homme, par Berill. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — L'hystérie tabagique, par Gilbert. (*Gaz. des hôp.*, 12 novembre.) — Quelques faits d'hystérie toxique, par Girode. (*France méd.*, 30 mars.) — L'hystérie infantile, par Marc Duvoisin. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Deux cas d'hystérie chez l'homme, par Savill. (*Lancet*, 19 octobre.) — Hystérie, par W. Putnam. (*Buffalo med. journ.*, octobre.) — Des tremblements hystériques, par Pitres. (*Progrès médical*, 14 septembre.) — Fugues inconscientes chez les hystériques ; diagnostic différentiel entre ces fugues et les fugues épileptiques, par Voisin. (*Cong. de méd. ment. Bull. méd.*, 11 août.) — La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette et Cathelineau. (*Soc. Biologie*, 27 juillet.) — De la superposition des troubles de la sensibilité et des spasmes de la face

et du cou chez les hystériques, par Gilles de la Tourette. (*Nouvelle iconographie de la Salpêtrière*, p. 105, n° 3.) — Hystérie, froid glacial, sueurs profuses, par Sorbeto. (*Gaz. des hôp.*, 12 septembre.) — Sur un cas de mutisme hystérique, par B. H. Stephan. (*Rev. de méd.*, septembre.) — Quelques observations sur la sensibilité tactile, rétinienne et auditive chez les hystériques, par Alfred Binet. (*Soc. Biologie*, 6 juillet.) — Cécité hystérique chez l'homme, par Moore. (*N. York med. journ.*, 8 décembre.) — Migraine ophtalmique hystérique, par Babinski. (*Soc. Biologie*, 27 juillet.) — Un cas de cécité absolue et soudaine survenue chez une hystérique pendant la grossesse, par Hamon du Fougeray et Fouchard. (*Gaz. des hôp.*, 21 septembre.) — Un cas d'oligurie hystérique guéri par la suggestion hypnotique, par G. Rossolymo. (*Revue générale de clinique*, n° 29.) — Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie, par Laufenauer. (*Cent. f. Nervenh.*, 1er juillet.)

I

Impétigo. — Impéticula des cheveux, nouvelle forme d'impétigo du cuir chevelu, par Pavloff. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 6.)

Infection. — Rôle et mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses, par Bouchard. (*Acad. des sc.*, 4 novembre.) — Considérations sur les origines extérieures de l'infection et conséquences au point de vue de la médecine préventive, par W. Welch. (*New York med. record*, p. 85, 27 juillet.) — Rôle et mécanisme de la lésion locale dans les maladies infectieuses, par Bouchard. (*Semaine méd.*, 6 novembre.) — Sur certaines causes externes d'infection, leurs rapports avec la médecine prophylactique, par Welch. (*Med. News*, 13 juin.) — Quelques considérations sur les causes de l'immunité acquise contre les maladies infectieuses, par Jasiewicz. (In-8°, *Paris.*) — Influence du système nerveux sur l'infection, par Ch. Féré. (*C. R. Soc. biologie*, 27 juillet.) — Transport par un insecte de parasites infectieux, par Galippe. (*Ibid.*, 27 juillet.) — Les maladies infectieuses chirurgicales, par Triconi. (In-16, *Milan.*)

Inflammation. — De l'inflammation, par Bard. (*Province méd.*, 10 août.)

Injection. — Recherches expérimentales sur l'absorption du mercure dans les injections hypodermiques de calomel, par Cheminade. (*Union médicale*, 13 août.) — Effets locaux des injections hypodermiques de calomel chez le lapin, par Arnozan. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 22 septembre.)

Intestin. — De la constipation, par Potain. (*Semaine méd.*, 14 août.) — Analogie de la diarrhée estivale avec le choléra, par William Moore. (*Brit. med. journ.*, p. 596, septembre.) — De la compression élastique dans le traitement des affections gastro-intestinales, par Wettendorfer. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 20.) — Sur l'importance thérapeutique du massage de l'abdomen dans l'ataxie intestinale et sur la méthode de son emploi, par Czyrnianski. (*Wien. med. Woch.*, n° 33.) — Larves d'un diptère (anthomya canicularis) passés vivants à travers le tube digestif, par James Finlayson. (*Brit. med. journ.*, p. 1285, juin.) — Sur le traitement de la typhlite et de la périty phlite chroniques par le massage, par Hünerfauth. (*Münch. med. Woch.*, n° 20, 14 mai.) — Essai sur la nécessité de traiter chirurgicalement la périty phlite appendiculaire et stercorale perforative, par Carl

KRAFFT. (*Thèse Zurich*, 1888.) — De l'opération en deux temps de la périty-phlite, par SONNENBURG, et discussion sur le traitement chirurgical de cette affection, par E. KUESTER, BIDDER, SCHLANGE, EUG. HAHN, VON VOLKMANN, VON BERGMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 641, 15 juillet.)— Fistule intestinale. Opération. Guérison, par BOONE. (*New York med. record*, p. 263, 7 septembre.) — Expériences de chirurgie intestinale se rapportant spécialement au traitement de l'obstruction intestinale, par MARION. (*Gaz. des hôp.*, 16 novembre.) — Tumeur du mésentère, par PAUL DELAGÉNIÈRE. (*Soc. anat.*, p. 487, 19 juillet.) — Rétrécissement musculaire du côlon, par DEMOULIN. (*Soc. anat.*, p. 442, 21 juin.) — Pincement latéral de l'intestin, par DUPLAY. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.) — Contribution à l'histoire des plaies par armes à feu des intestins, par MAC GRAW. (*Trans. of amer. surg. Assoc.*, VII, p. 123.) — Rupture traumatique de la troisième partie du duodénum, par CARRICK FREEMAN. (*Brit. med. journ.*, p. 944, avril.) — Colite ulcéreuse avec perforation secondaire, par ORMEROD. (*Brit. med. journ.*, p. 1056, mai.) — Nouveau procédé d'affrontement des bords pour la suture de l'intestin, par MORISANI. (*Progresso med.*, 15 septembre.) — Contribution à l'entérectomie totale, par MARTINO. (*Progresso med.*, 1er septembre.) — Gastro-entérostomie, par HERBERT PAGE. (*Brit. med. journ.*, p. 1114, mai.) — Colotomie par un coup de feu; fistule stercorale; guérison, par BERNAYS. (*Lancet*, 16 novembre.) — Deux cas d'entérectomie, par BRIDDON. (*New York med. journ.*, p. 255.)

Iris. — Des mouvements de l'iris, par PICQUÉ. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 18 août.) — La genèse des mouvements pupillaires réflexes, par H. MAGNUS. (*Breslau.*) — Paralysie du sphincter de l'iris, par WADSWORTH. (*Amer. opht. Soc.*, 18 juillet.) — Kystes multiples de l'iris dans les deux yeux, par WILLIAMS. (*Amer. opth. Soc.*, 17 juillet.) — De l'iridocyclite chez les vieillards, par LEPLAT. (*Ann. Soc. méd. chirurg. de Liège*, 1889.)

K

Kyste. — Des kystes sanguins du cou, par MEYER. (*Diss. Wurtzburg.*) — De l'apparition tardive des kystes dermoïdes, par ROLLET. (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 septembre.) — Kyste dermoïde de la paupière supérieure, par SOCOR. (*Bull. Soc. des méd. de Jassy*, novembre-décembre 1888.) — Kyste chyleux du mésentère, par CARSON. (*Amer. med. Assoc.*, 27 juin.) — Kyste hématique de la cuisse, par CHRÉTIEN. (*Soc. anat.*, p. 437, 14 juin.) — Kyste sous-péritonéal, probablement d'origine ovarique, ablation, guérison, par HEURTAUX. (*Gaz. des hôp.*, 20 août.)

L

Lait. — Du ferment acide du lait, par FOKKER. (*Cent. f. Bakteriol.*, XII, n° 16.) — Pouvoir nutritif direct du sucre de lait, par DASTRE. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Appareil pour stériliser le lait, par T. CHEESMAN. (*New York med. Record*, p. 39, 13 juillet.)—Légère modification à appor-

ter à l'appareil de stérilisation du lait par ébullition de Soxhlet, par Oscar Israel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 287-640, 15 juillet.)

Langue. — Contribution à l'étude de la muqueuse linguale des mammifères, par R. Fusari et A. Panasci. (*Sicilia medica*, p. 569, juillet.) — D'une forme rare d'affection vaso-motrice de la langue, par de Giovanni. (*Riforma med.*, 10 avril 1888.) — Traitement de quelques ulcères chroniques de la langue, par Butlin. (*St-Barthol. hosp. Rep.*, XXIV, p. 83.) — Ablation de la langue, du voile du palais, de l'amygdale gauche, ligature de la linguale, résection du maxillaire, trachéotomie préventive, mort par accidents pulmonaires le 7e jour, par Le Bec. (*Gaz. des hôp.*, 8 octobre.) — De l'étiologie et du diagnostic des tumeurs malignes, en particulier de la langue et des lèvres, par von Esmarch. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 2.)

Laparotomie. — Valeur de la laparotomie dans le diagnostic et le traitement des formes légères de maladies intra-abdominales ou pelviennes, par Ashby. (*Americ. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Cancer abdominal végétant à travers la cicatrice d'une laparotomie exploratrice, par Hanau. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 16, p. 501, 15 août.) — Quatorze laparotomies, par G. Cosentino. (*Sicilia medica*, p. 365, mai.) — La chirurgie pelvienne par la laparotomie; son passé, son présent, son avenir, par Price. (*Americ. med. assoc.*, 27 juin.)

Larynx. — Considération sur l'appareil hyoïdien de l'homme et de ses anomalies, par Nicolas. (*Rev. biol. du nord de la France*, juin.) — Etude photographique de l'image laryngée pendant le chant, par Thomas R. French. (*N. York med. journ.*, p. 95.) — L'emploi de la lumière électrique en laryngoscopie et en rhinoscopie, par W. Roth. (*Wien. med. Presse*, n° 10, p. 377.) — Larynx et cocaïne, par Mermod. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 366, juin.) — La gymnastique de la voix suivant les principes de la physiologie, de l'art et de l'hygiène, par Guidi. (*Bergame*, 1888.) — Des troubles fonctionnels de l'appareil vocal à la puberté, par Favitzky. (*Med. Obosrenié*, n° 5.) — Guérison de la voix de fausset, par J.-C. Mulhale. (*Americ. journ. of the med. sc.*, août, p. 149.) — De la laryngite interaryténoïdienne, par Dunn. (*Journ. of opht. otol. and larynx*, I, 3.) — Lupus du larynx, par Schley. (*Ibid.*, juillet.) — Deux cas de lupus latent du larynx chez des malades atteints de lupus nasal, par Michelson. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 725, 12 août.) — Etiologie des ulcères tuberculeux du larynx, par Fraenkel. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 37.) — Abcès tuberculeux du cartilage cricoïde par Gruenwald. (*Münch. med. Woch.*, n° 21, 21 mai.)—Phtisie laryngée primitive acquise par cohabitation, par Cadier. (*Rev. gén. de clin.*, 12 octobre.) — La phtisie du larynx à Cauterets, par Guinier. (In-18, 60 p., *Pau.*) — De la curabilité et du traitement local de la phtisie laryngée, par Sokolowsky. (*Wiener klin. Woch.*, n° 4.)—Prolapsus du ventricule de Morgagni et tuberculose du larynx, par Gouguenheim. (*Ann. mal. de l'or.*, sept.) — Aphorismes sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose du larynx (emploi du baume du Pérou, critique du curage), par Schnitzler. (*Rev. mens. de laryngol.*, 1er octobre.) — Emploi du baume du Pérou dans les maladies du larynx et du poumon, par Schnitzler. (*Int. klin. Rundschau*, 30 juin.) — Le menthol dans la tuberculose laryngée, par Ossendowky. (*Med. Obosrenié*, n° 5.) — L'acide lactique dans la tuberculose laryngée, par Golynetz. (*Med. Obosrenié*, n° 5.) — Du menthol en injections intratrachéales et laryngiennes dans la tuberculose du poumon et du larynx, par Bossu. (*Thèse de Paris*, 21 novembre.) — Les ulcères laryngés dans la fièvre typhoïde, par Antonoff. (*Ejenedelnaia klin. Gazeta*, n° 16.) — Syphilis du larynx, par Thrasher. (*Americ.*

Pract. and News, 8 juin.)—Trachéotomie pour syphilis du larynx, par Egidi. (*Bull. de Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma.*, 1888.) — Discussion sur la périchondrite du larynx, par Havilland Hall, Greville Macdonald. (*Brit. med. assoc. Brit. med. journ.*, 14 septembre.) — Périchondrite suppurée du larynx, symptômes de croup, trachéotomie, mort, par Coulon. (*Progrès méd.*, 19 octobre.) — La mort subite dans les maladies graves du larynx, par Botey. (*Rev. mens. de laryng.*, 1er septembre.) — Asphyxie par occlusion du larynx par une cerise, par Windelschmidt. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 9.) — Sur l'histologie des polypes des cordes vocales, par Kanthack. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 9.) — Le traitement des tumeurs laryngées, par Baron. (*Bristol med. chir. journ.*, juin.) — Statistique d'opérations sur le larynx, laryngofissure, extirpation partielle, par Salzer. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Cancer de l'œsophage avec paralysie de la corde vocale gauche, par Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 765, 26 août.) — La thyrotomie dans le traitement du cancer laryngé, par Stokes. (*Brit. med. journ.*, 14 septembre.) — Laryngectomie modifiée pour épythélioma du larynx, guérison, par Fowler. (*Americ. journ. of med. sc.*, octobre.) — Tumeur maligne du larynx. Récidive, par G. Hunter Mackenzie. (*Edinburgh med. journ.*, p. 446, novembre.) — Cancer du larynx, par Robertson. (*Northumberland and Durham med. Soc.*, 10 août.) — De la thyrotomie dans le traitement du cancer du larynx, par Will. Stokes. (*Brit. med. j.*, p. 593.)— Deux cas de tubage du larynx, par de la Sota y Lastra. (*Rev. de laryngol.*, 1er août.) — Tubage du larynx, par Waxham. (*Americ. med. assoc.*, 26 juin.) — Sur le tubage du larynx, par Rauke. (*Münch. med. Woch.*, n° 28, 9 juillet.) — Divulsion du larynx, par Ferreri. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma.*, décembre 1888.) — Nouvelle pince laryngée, par Symond. (*Lancet*, 12 août.)

Lèpre. — Recherches sur l'inoculation de la lèpre chez l'homme, par Arning. (*Verhand. d. deut. Dermat. gesels. Cong. de Prague.*) — Photographies de lépreux. Traitement de la lèpre par le salicylate de soude, par Petersen. (*Verhand. d. deut. Dermat. gesels. Cong. de Prague*, p. 25.) — Structure du bacille lépreux et tuberculeux, étude sur la coloration par la rosaniline et la pararosanilide. — Des cellules lépreuses, par Neisser. (*Ibid.*, p. 29.) — Note sur des faits de lèpre acquise observées en Angleterre, par Jonathan Hutchinson. (*Brit. med. j.*, p. 1449, juin.) — Observation de lèpre en apparence enrayée, par Wyndham Cottle. (*Brit. med. j.*, p. 12, juillet.)—Développement aigu de lèpre anesthésique chez des sujets syphilitiques, par Kaposi. (*Verhand. d. deut. dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 117.) — La lèpre, revue de quelques faits, par Abraham. (*Illust. med. News*, n° 3.) — Un cas de lèpre, par Lannois. (*Lyon méd.*, 3 novembre.) — De la contagiosité de la lèpre et de son développement en Russie, par Münch. (*Monat. prakt. Dermat.*, IX, n° 9.) — Sur la lèpre, observée à Antigua (Indes orientales), par Freeland. (*Brit. med. journ.* 5 octobre.) — La lèpre en Turquie, par Zambaca. (*Bull. acad. de méd.*, 13 août.) — Lèpre dans le Cashmire, étiologie, distribution, par Neve. (*Lancet.*, 2 novembre.)—Etiologie et pathogénie de la lèpre, par Profeta. (*Giorn. int. d. sc. med.* n° 8.) — Inoculation fructueuse de la lèpre à l'homme, par Arning. (*Berlin. klin. Woch.*, 600, 1er juillet.) — La lèpre en Australie, par Shields. (*Austral. med. journ.*, n° 6.) — La lèpre est-elle contagieuse, par Smirnoff. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 7.) — L'étiologie de la lèpre, par Abraham. (*Provincial med. journ.*, n° 93, p. 518.) — Sur la contagion de la lèpre et nombre probable de lépreux qui existent en Espagne, par Olavide. (In-4, *Paris.*) — La lèpre à Madras, par Ratten. (*Brit. med. journ.*, 14 septembre.) — Note sur la lèpre anesthésique, en particulier sur les troubles sensoriels partiels, par Jacoby. (*Americ. Neurol. assoc.*, 27 juin.)

— Cas de lèpre anesthésique, par SELBY. (*Brit. med. journ.*, 21 septembre.) — Etude anatomo-pathologique de la lèpre, par BRIGIDI. (*Sperimentale*, août.)—Note sur la lèpre, par JAMES DONNET. (*Brit. med. journ.*, p. 301, août.)

Leucémie. — Sur le traitement de la leucémie, par THACHER. (*Americ. journ. of med. sc.*, septembre.) — Etude sur les corpuscules blancs d'un leucémique, par BIONDI. (*Arch. per la sc. med.*, XIII, 3.)

Lèvre. — Cancer épithélial de la lèvre, par ALLART. (*La clinique*, 12 mai.)

Lipome. — Lipome abdominal simulant une tumeur ovarique, par JACKSON. (*Americ. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Observation de lipome de la main ; opération, guérison, par TWYNAM. (*Brit. med. journ.*, p. 1292, juin.) — Lipomatose congénitale progressive chez un enfant avec développement gigantesque et soudure d'une partie des doigts, par ROSE. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 527, 10 janvier.)—Note sur un cas de pseudo-lipomes, par L. BOUCHER. (*France méd.*, 8 juin.)

Lupus. — Six cas de lupus de la gorge et du nez, par MIDDLEMAN HUNT. (*Journ. of laryng.*, septembre.) — Inoculation de lupus conjonctival dans l'œil du lapin, par TROUSSEAU. (*Ann. de dermat.*, X., n° 8, p. 704.) — Quelques cas de lupus, par PICK. (*Verandl. d. deut. dermat. Gesel. Cong. de Prague*, p. 262.) — De l'histologie du lupus erythematosus, par MIETHKE. (*Monat. f. prak. Dermat.*, IX, n° 8.) — Sur le traitement comparatif du lupus, par OLAVIDE. (In-8°, *Paris.*)

Luxation. — Nouveau procédé pour la réduction de la luxation temporo-maxillaire, par GIRIN. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mars, p. 274.) — Deux cas de luxation en haut de l'extrémité sternale de la clavicule, par ARMSTRONG. (*Journ. of Amer. assoc.*, 6 juillet, p. 22.) — Luxation sous-épineuse droite datant d'un mois, sans fracture probable, réduction par le procédé Hennequin, par AUDAIN. (*Tribune méd.*, 25 juillet.) — Luxation congénitale (obstétricale) de l'humérus chez une fille de 30 ans, opérée d'un double kyste du maxillaire inférieur, par KARL ROSER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 765, 26 août.) — Luxation du coude réduite au 31e jour, par CARRIÈRE. (*Concours méd.*, 7 septembre.) — Note sur un cas de luxation isolée du cubitus en dedans, par MONTAGNON. (*Loire méd.*, 15 août.) — De la subluxation de la tête du radius chez les enfants, par W. VAN ARSDALE. (*New York med. Record*, p. 501, 4 mai.) — Luxation métacarpo-phalangienne de l'annulaire gauche, par ISAMBARD. (*Normandie méd.*, 15 août.) — Deux observations de luxation des phalanges, par GAZIN. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Du traitement opératoire des luxations traumatiques de la hanche irréductibles, par KIRN. (*Beit. zur klin. Chir. von Bruns*, IV, 3.) — Trente-deux cas de luxation traumatique de la hanche, par KNEER. (*Beit. zur klin. Chir. von Bruns*, IV, 3.) — Nouvelles recherches sur le traitement de la luxation congénitale de la hanche, par LAMPUGNANI. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, juin-juillet.) — Traitement de la luxation paralytique de la hanche, par KAREWSKI. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, p. 108.) — Triple luxation congénitale bilatérale des genoux, des hanches et des radius par KOCHER. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 13, 402, 1er juillet.) — Un cas de luxation de l'astragale gauche avec fracture comminutive. Guérison, conservation de l'usage du pied, par W. GOTT. (*New York med. Record.*, p. 146, 10 août.)

Lymphatique. — Anatomie des lymphatiques des organes génitaux, par PICK. (*Verand. d. deut. dermat. Gesel. Cong. de Prague*, p. 287.) — Sur un travail d'Horovitz, anatomie des lymphatiques des organes génitaux,

par Zeisl. (*Verand. d. deut. dermat. Ges. Cong. de Prague*, p. 98.) — Le traitement des ganglions scrofuleux, par Treves. (*Lancet*, 21 septembre.)

M

Main. — De la nature des cellules cornées trouvées par Zander dans l'ongle embryonnaire, par P. Politzer. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 8.) — Lésions trophiques des mains avec hyperthrophie et mutilation, par A. Scarenzio. (*Instituto Lombardo di Scienze e Lettere*, juillet 1888, et *Bollettino Scientifico di Pavia*, septembre et décembre 1888.) — Le doigt à ressort, par Marcano. (*Progrès médical*, 27 juillet.) — Dissection d'un doigt à ressort, par F. Villar. (*Soc. anat.*, 5 juillet, p. 463.) — Le doigt à ressort, par Poirier. (*Arch. gén. de méd.*, août.) — La forme du doigt et les nodosités de Bouchard, par A. Bloch. (*Revue générale de clinique*, n° 36.) — Contraction cicatricielle des doigts, par Phelps. (*N. York Acad. of med.*, 15 mars.) — Phlegmon de la main, par Gerster. (*Internat. j. of surgery*, juillet, p. 163.) — Traitement abortif du panaris, par Kappesser (immersion du doigt dans une lessive de cendre de bois). (*Berlin. klin. Woch.*, p. 436, 13 mai.) — Sur une observation de mégalodactylie, par Tachard. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 6, p. 468.)

Mal de mer. — Le traitement du mal de mer, par Métropolsky. (*Novosti Terap.*, n° 13.)

Maladie. — Observations et réflexions sur les récidives et les rechutes de maladies, par H. Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 533, 17 juin.) — Sur la genèse des maladies causées par les parasites végétaux, par Severi. (*Sperimentale*, août.) — Des maladies catarrhales saisonnières, par Kelset. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.)

Maladies profes. — Du mal des confiseurs, onyxis et périonyxis professionnels, par Chaussende. (*Thèse de Lyon*, n° 476.) — De l'hydrargyrisme des bronzeurs de canons, par Perré. (*Loire médic.*, 15 août.)

Malformation. — Encéphalocèle pariéto-occipitale et ectopie extra-thoracique causées par des adhérences amniotiques, par Broca. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Sur un cas d'arrêt de développement unilatéral du corps, par Obolonsky. (*Zeitschrift für Heilkunde*, X, n° 3, p. 246.) — Polydactylisme double, double bec-de-lièvre, double pied bot, par Marst. (*Lancet*, 12 octobre.)

Mamelle. — Contribution à la théorie de l'atavisme dans un cas rare de polymastie masculine, par Petrone. (*Progresso med.*, 15 août.) — Leçons cliniques sur les maladies communes de la mamelle, par Christopher Heath. (*Brit. med. j.*, p. 1041, mai.) — Soins à donner aux mamelles pendant la lactation, par Marsh. (*N. York med. Journ.*, p. 258, 9 mars.) — Le traitement de la lymphangite mammaire des nouvelles accouchées, par Potherat. (*Rev. gén. de clin.*, 1er août.) — Prévention et arrêt de développement de la mammite puerpérale et des abcès par les frictions méthodiques, par Cordell. (*Med. news*, 31 août.) — Mammite suppurée, suivie de pyohémie avec parotidite secondaire, par Wenning. (*Americ. Journ. of Obstet.*, septembre.) — De la mammite des adolescents et des adultes, par Laurent.

(*Gaz. méd. de Paris*, 13 juillet.) — La maladie de Paget, par Raymond. (*Progrès médical*, 7 septembre.) — Deux cas de tumeurs rares du sein : carcinome chez l'homme ; abcès simulant un cancer chez une femme, par Allen. (*Med. news*, 14 septembre.) — Myxosarcome du sein extrêmement volumineux, par Vignerot. (*Soc. Anat.*, 19 juillet, p. 485.) — Ablation du sein pour cancer, par Stimson. (*Intern. Journ. of surg.*, juin, p. 136.) — Des causes de récidive locale du cancer après l'amputation du sein, par Bernheim. (*Arch. gén. de méd.*, novembre.)

Massage. — Du massage des organes pelviens en gynécologie, par Weissenberg. (*Centr. für Gyn.*, 1er juin.) — Le massage en gynécologie, par Boldt. (*Amer. Journ. of obst.*, juin.) — Du massage dans les maladies des femmes, par Prochownick. (*Hambourg.*) — Sept cas de massage gynécologique d'après la méthode de Thure Brandt. (4 restes d'exsudats avec déplacement des organes génitaux), prolapsus utérins ; bons résultats, par Hoffheimz. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 33, p. 747, 19 août.) — La situation de la gymnastique curative de Zander en face du massage, par Günther. (*Corresp. Blat. f. schweizer Aerzte*, n° 15, p. 456, 1er août.) — Etude clinique et thérapeutique du massage de l'abdomen. Son action sur la diurne, par Rubens Hirchsberg. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 septembre.) — Du massage électrique, par Mordhorst. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 460, 20 mai.) — Influence du massage sur le taux d'absorption de l'intestin, par Eccles. (*Practitioner*, octobre.) — Somnolence avec cyanose guérie par le massage, par Alexandre Morison. (*Practitioner*, avril.) — Le massage dans les fractures du péroné, par Fège. (*Rev. d'hyg. thér.*, octobre.)

Maxillaire. — Des abcès du sinus maxillaire d'après les travaux récents publiés sur la question, revue critique, par Luc. (*Arch. de laryng.*, juin et août.) — De l'empyème de l'antre d'Highmore, par Chiari. (*Soc. imp. des méd. de Vienne*, 25 octobre.) — Sur la possibilité de pratiquer des lavages du sinus maxillaire, par Jelenffy. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, p. 777, 2 septembre.) — Empyème du sinus maxillaire, par A. Hartmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10, p. 190.) — De l'empyème du sinus maxillaire, 15 cas, par Greville Macdonald. (*Brit. med. Assoc.*, *Brit. med. journ.*, 14 septembre.) — Diagnostic et traitement des abcès de l'antre d'Highmore, par Bryan. (*Journ. of Americ. med. Assoc.*, 5 octobre.) — Ostéomyélite du maxillaire inférieur ; phlébite suppurée consécutive des veines jugulaires et des sinus intra-crâniens, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, p. 140, n° 3.) — Périostite septique du maxillaire inférieur, hémorragie, ligature de la carotide primitive, par Walker. (*Corr. Bl.*, *f. schw. Aerzte*, 15 mai.) — Annales des cliniques et policliniques universitaires de Prusse, publiées par A. Guttstadt. (1re année, *Berlin.*)

Médecine (Hist.). — Convention réglant l'exercice de la médecine sur la frontière franco-suisse. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 497, août.) — Historique de l'enseignement médical depuis les temps les plus reculés jusqu'à l'heure actuelle, par Th. Puschmann. (*Leipzig.*) — Biographie des grands médecins silésiens des 4 derniers siècles, par Graetzer. (*Breslau.*) — Poème anatomique du xvie siècle, intitulé « Dialogue de Pluton et de Harpagus », par M. Roth. (*Arch. f. path. Anat.*, CXVII, Heft 1.) — Histoire de la médecine et des médecins à travers les âges, par Dignat. (In-18, 349 p., *Paris.*) — Méthode d'instruction en médecine, par Roosevelt. (*N. York med. Journ.*, p. 288, 16 mars.) — Cours de médecine professé aux hospitalières des hospices de Lyon, par Morand. (In-8°, 341 p., *Paris.*) — Un opérateur allemand du xve siècle (J. Brunschwiz) ayant réformé la chirurgie avant Ambr. Paré, par Edm. Rose. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26,

p. 583, 1er juillet.) — L'anatomie de Henri de Mondeville d'après un manuscrit inédit de la bibliothèque royale de Berlin, de l'année 1304, par Pagel. (*Berlin.*) — Mémoire concernant les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, existant en latin ou en arabe, par Costomiris. (*Bull. acad. de méd.*, 23 juillet.)

Médecine légale. — Des moyens les plus propres à garantir dans les expertises médico-légales les intérêts de la société et des inculpés, par Guillot et Demange. (*Gaz. des hôp.*, 24 septembre.) — De l'appréciation médico-légale des influences causales douteuses, par Carp. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, L, 203, avril.) — De la responsabilité pénale partielle, par Wille. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte,* n° 17, p. 530, 1er septembre.) — Anciennes et nouvelles recherches sur la docimasie pulmonaire, par Pellacani. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Questions médico-légales relatives à l'abus de la morphine, par Lutaud et Descouts. (*Gaz. des hôp.*, 8 octobre.) — Sur la diffusion dans l'organisme des poisons introduits après la mort, par D. Torsellini. (*La Riforma medica*, 22, 24, 25, 26, 27 et 28 juin.) — Etude sur l'identité, par Ottolenghi. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Rapport au comité consultat. supérieur prussien sur un cas de névrose traumatique de membre supérieur causé par tamponnement, par Von Bergmann. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, LI, p. 1, juillet.) — Rapport au comité consultatif supérieur prussien sur une affaire de meurtre d'une femme par son mari, suivi d'incendie volontaire, par Leyden. (*Ibid.*, L, p. 193, avril.) — Double blessure mortelle (coup de feu dans le crâne et plaie pénétrante de poitrine); meurtre ou suicide? par Liman. (*Ibid.*, LI, 20, juillet.) — Rapport au comité consultatif prussien sur une prétendue blessure du crâne, par Schœnfeld. (*Ibid.*, LI, p. 11, juillet.) — Rapport médico-légal sur l'état mental d'un individu ayant tiré un coup de revolver sur un employé de l'ambassade d'Allemagne, par Motet. (*Annales d'hyg. publ.*, XXII, 74, juillet.) — Valeur de quelques symptômes différentiels dans les plaies par armes à feu en cas de suicide ou d'homicide, par Torsellini. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Cas rares de cicatrices considérés au point de vue de la médecine légale (cicatrices anciennes restant rouges, cicatrices de détatouage), par S. Ottolenghi. (*La Riforma medica*, 18 avril.) — Rapport sur un cas d'infanticide, par Tarnier. (*Annales d'hyg. publ.*, XXI, 418, mai.) — Le procès Gazzari au point de vue de l'anthropologie criminelle, par Montalti. (*Sperimentale*, août.) — Epilepsie larvée, état psycho-épileptique pendant plusieurs mois, homicide, par Algeri. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Les rapports légaux de la folie et du crime, par Fletcher Horne. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Cas médico-légal de psychose épileptique, par Chatelain. (*Revue médic. Suisse romande,* IX, 321, mai.) — Les traumatismes cérébraux et médullaires dans leurs rapports avec la médecine légale, par Vibert. (*Cong. de méd. lég. Bull. méd.*, 21 août.) — De l'intervention des experts dans la procédure à fin d'interdiction ou mainlevée d'interdiction, par Motet. (*Ibid.*) — L'abus de la morphine, par Lutaud et Descouts. (*Ibid.*) — Remarques sur le procès Maybrick, par Carter. (*Lancet*, 21 septembre.) — Rapport médico-légal sur un infanticide dans un accouchement clandestin, par G. Wolff. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, L, 265, avril.)

Médecine milit. — La chirurgie de guerre depuis les progrès de la chirurgie générale, par Noel. (*Bull. méd.*, 20 octobre.) — Souvenirs du service d'ambulance à l'armée du Potomac, par W. Potter. (*Buffalo med. journ.*, octobre.) — Sur le matériel d'hospitalisation des sociétés de secours aux blessés, par Duchaussoy. (*Soc. de méd. prat.*, 3 octobre.) — La boîte d'ambulance avec appareil de désinfection de Walter-Biondetti. (*Corresp.*

Blatt. f. schweizer Aerzte, n° 13, p. 412, 1er juillet.)—Les cahiers de 1889 de la médecine militaire française, par CHASSAGNE. (In-8°, *Paris.*) — Etat sanitaire de l'armée belge en 1887, par LONGUET. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — De la fatigue dans ses rapports avec l'étiologie des maladies des armées en paix et en campagne, par COUSTAN. (*Arch. de méd. milit.*, août.) Des projectiles de petit calibre, par HABART. (*Wien. med. Presse*, n° 24, p. 988.) — Sur les déformations des balles de revolver soit dans l'arme, soit sur le squelette, par AUSSILLOUX. (*Bullet. gén. de thérapeut.*, 30 septembre, p. 282.)

Médecine opér. — Leçons de médecine opératoire sur le cadavre, par E. VON BERGMANN et H. ROCHS. (*Berlin.*) — Guide de médecine opératoire, par E. GURLT. (*Berlin.*)

Mélanose. — Sarcomes mélaniques du rein et de l'œil chez un enfant de 18 mois, par SALZWEDEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 866, 30 septembre.) — Mélano-sarcome de la face ; extirpation, guérison ; pas de récidive, par LABOUGLE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 septembre.) — Une tumeur siégeant sur la plèvre diaphragmatique d'une vache avec remarques sur le pigment des mélanosarcomes, par HAMBURGER. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Un cas de cancer mélanique des ganglions retro-pectoraux, par ENGELMANN. (*Münch. med. Wochen.*, n° 25, 18 juin, p. 425.) — Sarcome mélanique du foie consécutif à un sarcome de la choroïde, par LITTEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 576, 24 juin.) — De la mélanose lenticulaire progressive, par PICK. (*Verhandl. d. deut. dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 272.)

Membres. — Vice de conformation du membre supérieur, par H. CHAPUT. (*Soc. Anat.*, 28 juin, p. 451.) — Sur un cas d'hypertrophie congénitale du membre inférieur droit, par DUPLOUY. (*Bull. Acad. de médec.*, 17 septembre.) — Sillon congénital du membre inférieur gauche, anomalies multiples des doigts des deux mains. Excision de la bride. Guérison par REDARD. (*Gaz. méd. de Paris*, 13 juillet.)

Méninge. — Recherches bactériologiques sur un cas de méningite microbienne, par ADENOT. (*Arch. de méd. expér.*, n° 5, septembre.) — Sur quelques cas de méningite basilaire guéris, par F. MERCANDINO. (*La Riforma médica.*, 24, 25 et 26 avril.) — Sur deux cas de méningite cérébro-spinale latente, par V. INGRIA ET G. LIPARI. (*Il Morgagni*, mai.) — Névrite multiple et méningite cérébro-spinale infectieuse, par UPSON. (*Americ. neurol. assoc.*, 27 juin.) — Note préliminaire sur un cas de méningite cérébro-spinale de diagnostic obscur, par O. RAPISARDA. (*La Riforma medica*, 15 juin.) — Etiologie de la méningite cérébro-spinale à Hambourg, par WOLFF. (*Festsch. zur Eröffnung d. neuen allg. Krankenh. zu Hamburg.*) — Des rapport de la méningite cérébro-spinale avec les maladies infectieuses, par WOLFF. (*Ibid.*) — Sur la méningite cérébro-spinale épidémique, par BLUMM. (*München. med. Wochen.*, n° 262, 25 juin.) — Méningite aiguë simple, suivie de guérison, par J. CLARKE. (*Brit. med. j.*, p. 1292, juin.) — Un cas de méningite localisée à la base avec double névrite optique, guérison par LESZYNSKY. (*New York med. record.*, p. 454, 27 avril.) — Pachyméningite sans symptômes cérébraux, par SIGAUD. (*Lyon méd.*, 15 septembre.) — Méningite tuberculeuse chez un adulte, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 17 septembre.) — Méningo-myélite tuberculeuse, par RENDU. (*Ibid.*, 24 septembre.) — Thrombose des sinus, par HANOT. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Hémorragie méningée occasionnée par une lésion de l'artère méningée moyenne, par COURMONT. (*Lyon méd.*, 1er septembre.) —

Méningocèle occipitale congénitale opérée par TRECHSEL. (*Rev. médic. Suisse romande*, IX, 322, mai.)

Menstruation. — Menstruation et fécondation, par AUVARD. (*Arch. de tocol.*, septembre.) — Rapports de la fécondation et de la menstruation, par OZENNE. (*Journ. de méd., Paris*, 1er mai.) — Résultats de la répression de la menstruation, par GEHRUNG. (*Americ. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Relations de la chlorose avec la menstruation, par STEPHENSON. (*Transact. of the obst. Soc.*, XXXI, 2.) — Métastase menstruelle (mammorragies) et paralysie faciale d'origine nerveuse, par BONTEMPS. (*Bull. soc. de méd. Angers*, 2e semestre 1888, p. 6.) — Hématurie menstruelle supplémentaire, par LEBEC. (*France méd.*, 11 avril.) — Traitement mécanique de l'aménorrée, par DUKE. (*Lancet*, 21 septembre.)

Mercure. — Moyen pratique et très sensible pour la recherche du mercure dans les liquides organiques et dans les urines, par E. BRUGNATELLI. (*La Riforma medica*, 125, 13 juin.)

Moelle. — L'anémie expérimentale comme procédé de dissociation des propriétés motrices et sensitives de la moelle épinière, par FREDERICQ. (*Acad. roy. des sc. de Belgique*, n° 7.) — Contribution à l'histogénèse de la moelle épinière du poulet ; la multiplication cellulaire dans le tube-médullaire, par P. LACHI. (*Atti e rendiconti della Acad. med.-chirurg. di Perugia*, fasc. 1.) — Asymétrie des corps olivaires de la moelle allongée, par MEIGS. (*Brain*, nos 45 et 46.) — Sur un cas de myélite aiguë diffuse avec double névrite optique, par ACHARD et GUINON. (*Arch. de méd. expér.*, n° 5, septembre.) — Polyomyélite antérieure aiguë, par DEAFHAFE. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Recherches cliniques sur la myélite par compression, par CONRAD FREY. (*Thèse Zurich*, 1888.) — Priapisme prolongé suite de myélite, par HARWOOD. (*Intern. journ. of surg.*, n° 1.) — Cas de syringomyélie, par KRAUSS. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26, p. 602, 1er juillet.) — Un cas de guérison de paralysie spinale consécutive à une compression de la moelle par un mal de Pott, par L. GIUFFRE. (*Sicilia medica*, p. 521, juillet.) — Note sur une névropathie héréditaire (maladie de Friedreich à marche retardée), par H. SURMONT. (*Bull. méd. du Nord*, nos 6, 7 et 8.) — Du tabes spasmodique, par SCHNELL. (*Marseille médical*, n° 6, p. 337.) — Des troubles vésicaux dans la sclérose en plaques, par OPPENHEIM. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 724, 12 août.) — Etude sur la chirurgie des tabétiques, par TUFFIER et CHIPAULT. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — De l'atrophie des nerfs optiques dans le pronostic de la sclérose des cordons postérieurs, par DÉJERINE et J. MARTIN. (*Soc. biologie*, 22 juin.) — Ataxie locomotrice de cinq ans de durée, crises laryngées, arthropathies ; finalement développement d'une paralysie générale avec aliénation mentale, par HENRY HANDFORD. (*Brain*, p. 498, janvier.) — Arthropathie tabétique, par St-JOHN BULLEN. (*Brain*, p. 510, janvier.) — Tabes dorsal spasmodique. Amélioration considérable par la suspension, par CAMILLE BANCEL. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 13, p. 399.) — Traitement des ataxiques par la suspension, par REMAK. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 33, p. 746, 19 août.) — Suspension dans l'ataxie, par CHURTON. (*Brit. med. Journ.*, 12 octobre.) — Quelques cas traités par la suspension, tabes, sclérose, par RUSSELL et TAYLOR. (*Lancet*, 19 octobre.) — La suspension dans l'ataxie locomotrice, par ALTHAUS. (*Brit. med. journ.*, 19 octobre.) — Suspension dans l'ataxie locomotrice, par CHURTON. (*Brit. med. Journ.*, 26 octobre.) — Cinq cas d'ataxie traités par la suspension, par LUNN. (*Brit. med. Journ.*, 5 octobre.) — Traitement de l'ataxie locomotrice et de quelques autres maladies du système nerveux par la suspension, par RAOULT. (*Progrès médical*, 22 juin.) — La suspension dans l'ataxie, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Therap. Gazette*,

16 septembre.) — De la suspension cervico-axillaire, par LANDE. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 13 octobre.) — Sur le traitement des tabétiques par la suspension, par BERNHARDT. (*Wienner med. Blaetter*, n° 25.) — Six cas d'ataxie traités par la suspension, par SAUNDBY. (*Brit. med. journ.*, 14 septembre.) — Du traitement par la suspension dans le tabes et les maladies chroniques du système nerveux, par EULENBURG et MENDEL. (*Neurolog. Centralbl.*, n° 11.)

Môle. — Observation de môle hydatique, par OLIVER. (*Lancet*, 21 septembre.)

Monstre. — L'eau de mer artificielle comme agent tératogénique, par POUCHET et CHABRY. (*Journ. de l'anat.*, n° 3, mai-juin.) — Fœtus anencéphale, par GRIFFITH. (*Trans. of the obst. soc.*, XXXI, 2.) — Double fœtus soudé comme les frères siamois, par ALEX. SCOTT. (*Brit. med. journ.*, p. 1288, juin.) — Monstre à double tête, par WALKER. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Fœtus anencéphale, par DUNCAN. (*Transact. of obst. Soc.*, XXXI, 3.) — Tératogénie expérimentale chez les mammifères, par C. GIACOMINI. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, juin-juillet.) — Sirénomélie chez un jumeau, par SCHWING. (*Centr. für Gyn.*, 13 juillet.) — Monstre ischiopage, par HUFF. (*Americ. journ. of obstet.*, septembre.)

Mort. — Signes de la mort imminente, par J. SHRADY. (*New York med. record.*, p. 626, 8 juin.)

Mortalité. — Statistique comparative de la mortalité par rougeole, coqueluche et scarlatine, par RICHARD. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 12 juillet.) — Mortalité par rougeole, scarlatine, diphtérie et fièvre typhoïde à Berlin, Hambourg, Breslau et Munich en 1888, par GEORGES MEYER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 826, 16 septembre.) — La mortalité en Allemagne, par V. MAGE. (*Münch. med. Woch.*, p. 239, 2 avril, n° 14.)

Morve. — Sur les facteurs de l'immunité physiologique contre l'infection morveuse (importance de la teneur élevée du sang en oxygène chez les animaux doués de l'immunité), par G. SANARELLI. (*La Riforma medica*, 19 et 21 juin.)

Muscle. — Les fléchisseurs des doigts de la main ; les masses musculaires de l'avant-bras, par WINDLE. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Morphologie et fonctions dans le système musculaire de la vie de relation chez l'homme, par HERR. (*Thèse de Lyon*, n° 480.) — La distribution de la force musculaire dans la main et dans le pied, étudiée au moyen d'un nouveau dynamomètre analytique, par CH. FÉRÉ. (*Soc. Biologie*, 8 juin.) — Influence du travail musculaire, du jeûne et de la température sur la production d'acide carbonique et sur la diminution de poids de l'organisme, par GRANDIS. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Théorie de la contraction musculaire, par G. E. MÜLLER. (*Nachrichten von d. kon. Gesells. d. Wiss. Göttingen*, n° 7, 20 mars.) — Sur des actions inconnues ou à peine connues des muscles après la mort, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Des contractions et des élongations en apparence spontanées des muscles atteints de rigidité cadavérique, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Sur la phase de la contraction musculaire pendant laquelle se fait le début du dégagement de chaleur, par M. MENDELSSOHN. (*Soc. Biologie*, 6 juillet.) — Absence partielle du trapèze droit, par EULENBURG. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 33, p. 745, 19 août.) — Sur quelques anomalies musculaires, par G. CINQUE, FERRO-LUZZI, MAROCCO, PATTI et SIRINGO-CORVAIA. (*Sicilia medica*, p. 489, juin.) — La crampe des équarisseurs, par SCHNELL. (*Marseille médical*, n° 4, p. 193.)

— Le paramyoclonus multiple, par L. Jumon. (*France méd.*, 6 juin.) — Contracture des membres inférieurs chez trois frères et sœurs, par Schultze. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, p. 287.) — Myosite ossifiante débutant à l'âge de 54 ans, par Kronecker. (*Berlin klin. Woch.*, p. 314, 8 avril.) — Réflexions à propos d'un nouveau cas de myosite infectieuse, par Brunon. (*Normandie méd.*, 1er janvier.) — Des amyotrophies dans les maladies générales chroniques, par Legry. (*Gaz. des hôp.*, 24 août.) — De l'atrophie musculaire comme une cause de douleurs articulaires, par Bazy. (*Progrès méd.*, 23 mars.) — Atrophie musculaire idiopathique comprenant les muscles de la face et scapulo-huméraux, par Osler. (*Americ. journ. of med. sc.*, septembre.) — Atrophie musculaire progressive à forme tibro-péronéale, par Sachs. (*New York med. record.* p. 110, 27 juillet.) — Forme péronière d'atrophie musculaire progressive, par Sachs. (*Americ. neurol. Soc.*, 27 juin.) — Dystrophie musculaire progressive ressemblant à une ataxie héréditaire de Friedreich, par Sperling. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 684, 29 juillet.) — Contributions à l'étude de l'atrophie musculaire progressive. Des dystrophies spinales, par E. Hitzig. (Deux autopsies, l'une de la forme juvénile, l'autre d'une paralysie infantile offrant des lésions identiques : fibres musculaires hypertrophiques à noyaux et formation de vacuoles.) (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 629, 15 juillet.) — Section à ciel ouvert des deux chefs sternal et claviculaire du sterno mastoïdien, par Kirmisson. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, n° 3, p. 171.)

Mycosis. — Quelques cas de mycosis fongoïde, par Pick. (*Verhand. d. deut. dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 284.) — Du mycosis fongoïde, par Veiel. (*Ibid.*, p. 286.) — Du granulome sarcomateux (mycosis) fongoïde, par Immermann. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 12, p. 366, 15 juin.) — Sur la mycose expérimentale due au champignon du muguet, par Linossier et Roux. (*Lyon méd.*, 3 novembre.)

Myopie. — Pathogénie de la myopie, par Motais. (*Soc. franc. d'ophtalm. Bull. méd.*, 14 août.) — De la conduite à tenir au début de la myopie acquise, par Richey. (*Amer. j. of the med. sc.*, octobre, p. 360.) — Pathogénie de la myopie, par Keferstein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 545, 17 juin.)

Myxœdème. — Myxœdème ou cachexie pachydermique, par Kowalewsky. (*Arch. de neurol*, septembre.)

N

Nerf. — Sur les origines réelles des nerfs de sensibilité générale, par Guillaume. (*Thèse de Lyon*, n° 482.) — Etude anatomique sur le nerf nasal externe et l'opération de Badal, par Daraignez et Laboucle. (*Arch. d'ophtalm.*, IX, mars-avril.) — Note sur quelques anomalies des branches terminales du plexus brachial, par Bertaux. (*Bull. méd. du Nord*, n° 4, p. 178 et n° 5, p. 227.) — Nouvelles observations sur l'innervation des muscles axillaires, par Wilson. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Deux cas d'anomalie dans l'innervation du 1er lombrical de la main, par Wilson. (*Journal of anat.*, octobre.) — Etude critique de l'innervation de la face dorsale de la main, par Hédon. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 26 mai.) Le trijumeau et le ganglion de Gasser, modérateurs du réflexe glandulaire. Quatrième communication sur la physiologie et la pathologie de la glande des procès ciliaires, par Nicati. (*Soc. biologie*, 22 juin.) — De

l'innervation des glandes molaires inférieures, nerfs excito-sécrétoires, par G. Moussu. (*Ibid.*, 8 juin.) — Nouvelles expériences sur l'excitation voltaïque des nerfs, par Oehl. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Expériences prouvant que la strychnine épuise les nerfs avant les muscles, par Herzen. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, 385, juin.) — Sur la pathologie des terminaisons nerveuses des muscles des animaux et de l'homme, par Babes et Marinesco (*Acad. des sc.*, 7 octobre.) — Sur l'état des nerfs périphériques dans un cas de myopathie progressive, par Gombault. (*Arch. de méd. expér.*, n° 5, septembre.) — De la névrite périphérique dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques, par Déjerine. (*Soc. biologie*, 27 juillet.) — Névrite spontanée du plexus brachial, par Leszynsky. (*Americ. neurol., Assoc.* 26 juin.) — Névrite septique périphérique due à une pyélo-néphrite, par Dana. (*New York neurol. Soc.*, 4 juin.) — Névrite périphérique, par Handford. (*Brain*, n°s 45 et 46.) — Des névralgies et de leur traitement chirurgical, par Conrads. (*Thèse inaug. Bonn.*) — Diagnostic et traitement de la céphalalgie accompagnée de diminution ou d'augmentation de pression sanguine, par E. Lloyd Jones. (*Practitioner*, mai.) — Sur un cas de névralgie de la face, traitée et guérie par le chlorure de méthyle, par Macquart. (*France méd.*, 16 février.) — Névrotomie pour névralgie faciale, par Magruder. (*Med. News*, 12 octobre.) — Deux cas de sciatique, par Jaccoud. (*France méd.*, 13 juillet.) — Pathologie et traitement de la névralgie sciatique, par Carpenter. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — De la sciatique par scoliose, par Hugo Scheidel. (*Thèse Berne*, 1888.) — Des pulvérisations de chlorure de méthyle contre la sciatique en particulier, par Romain Perrin. (*Thèse Berne*, 1888.) — Paralysie radiale périphérique, par Louis Boucher. (*France méd.*, 4 mai.) — Paralysie traumatique isolée du cubital, par Rieder. (*Münch. med. W ch.*, n° 31, 23 juillet.) — Paralysie de la sixième paire due à un traumatisme sur la tête, par Ferri. (*Ann. di ottalm.*, XVII, f. 6.) — Névromes multiples, par Em. Laurent. (*France méd.*, 6 juillet.) — Neuro-fibromes multiples, par Hallopeau. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 8, p. 707.) — Névrome plexiforme, par Bonnaud. (*Lyon méd.*, 8 septembre.) — Blessure du coude avec paralysie du nerf cubital, par Mould. (*Brit. med. Journ.*, 19 octobre.) — Cinquante-sept opérations sur les nerfs périphériques, par Richardson. (*New York med. Record.*, p. 715, 29 juin.) — Opération pour atteindre les nerfs gustatif et dentaire inférieurs sans ouverture intérieure dans la bouche, par Wallace. (*Edinb. med. Journ.*, septembre.) — Nouvelle méthode pour faire la névrectomie du nerf dentaire inférieur, par Galignani. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.) — De la réunion des bouts des nerfs dans les cas de lésion avec perte de substance du nerf, par Kerameus. (*Inaug. Diss. Leipzig.*) — Observation d'extension et de résection des nerfs, par Clarinda Boddy. (*Thèse Berne*, 1888.) —

Nerveux (Syst.). — Sur l'origine du système nerveux central des vertébrés, par Gaskell. (*Brain*, n°s 45 et 46.) — Schéma d'anatomie clinique du système nerveux, par L. Bianchi. (*La Riforma medica*, avril.) — Sur le nombre et le calibre des fibres nerveuses du nerf oculo-moteur commun chez le chat nouveau-né et chez le chat adulte, par Schiller. (*Acad. des sc.*, 30 septembre.) — Nouvelles recherches sur la constitution cellulaire de la fibre nerveuse, par Gedoelst. (*La Cellule*, V, 1.) — Les méthodes pour découvrir le trajet des fibres dans le système nerveux central, par Fried. Martius. (*Sammlung klin. Vorträge*, n° 276.) — Influence du climat et des saisons sur les manifestations de l'activité nerveuse normale et anormale, par Platt. (*Med. News*, 10 août.) — Quelques remarques sur les corpuscules nerveux d'Adamkiewicz, par Cybulski. (*Przeglad Lekarski*, n° 47, 1888, et *Centralbl. f. klin. Med.*, n° 26.) — La force électro-motrice nerveuse appliquée à l'etude du chiasma des nerfs optiques, par Faravelli et

Fasola. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Actes réflexes des sens supérieurs de la grenouille. Centre d'un mouvement réflexe pour la conservation de l'équilibre chez la grenouille. Le ganglion du vague de la grenouille est un ganglion inhibiteur, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Sur les altérations des fibres nerveuses à la suite de la congélation des tissus qui les recouvrent, par G. Alonzo. (*Archivio per le scienze mediche*, vol. XIII, n° 9.) — Sur les effets de l'extirpation du plexus cœliaque, par Lustig. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Etude comparative des maladies du système nerveux, par Hughlings Jackson. (*Brit. med. Journ.*, p. 355, août.) — Etude clinique et médico-légale sur les troubles nerveux consécutifs aux traumatismes, par Alamartine. (*Thèse de Lyon*, n° 475.) — Sur la nature infectieuse et les lésions du système nerveux dans la maladie de Landry, par E. Centanni. (*La Riforma medica*, 11 juillet.) — Sur une affection singulière du système nerveux, caractérisée éventuellement par l'hypertrophie des extrémités des membres, des phénomènes paralytiques, et des troubles variés de la sensibilité, par Sollier. (*France méd.*, 13 juin.) — La chirurgie du système nerveux central, par Winslow. (*Med. News*, 20 juin.)

Névrose. — La neurasthénie et son traitement, par Petrina. (*Prager med. Woch.*, 11 septembre.) — Contribution à l'étude des névroses traumatiques générales et locales, par M. Bernhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 393, 6 mai.) — L'hypochondrie chez la femme, par E. Mendel. (*Deutsche med. Woch.*, 14 mars.) — Névrose traumatique (accident de chemin de fer) traitée fructueusement par la faradisation, par Ralf Wichmann. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26, p. 588, 1er juillet.) — Les fausses sensations subjectives de froid, considérées comme un symptôme, par Weir Mitchell. (*Assoc. of Americ. phys.*, 19 septembre.) — Katatonia, par Séglas et Chaslin. (*Brain*, p. 191, juillet.) — De la maladie des tics convulsifs, par Oppenheim, Bernhardt, etc. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 575, 24 juin.) — Contributions à la symptomatologie et à la thérapeutique de la migraine. Annexe : Sur une méthode de traitement physiologique de quelques névroses et affections mentales chroniques, par W.-B. Neftel. (*Archiv f. Psychiatrie*, XXI, p. 117.) — Le hoquet est une névrose réflexe, par R. Dehio. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 487, 3 juin.)

Nez. — Les cavités nasales, par Hamilton. (*Times and Register*, 17 août.) — L'anatomie des fosses nasales, par Allen. (*New York med. Journ.*, p. 113, 2 février.) — Une modification particulière de la cloison nasale d'un cheval, par H.-J. Hamburger. (*Arch. f. pathol. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — De l'innervation vaso-dilatatrice de la muqueuse nasale, par François Franck. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Technique des principaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies des oreilles et des fosses nasales, par Duplay. (In-12, *Paris.*) — Des bactéries du nez à l'état de santé, par Wright. (*New York med. Journ.*, 27 juillet.) — Différenciation nasale, variétés des accidents réflexes suivant le siège de la lésion, par Woolen. (*Mississipi Walley med. Assoc.*, 10 septembre.) — Des affections réflexes provenant de la muqueuse nasale; crises d'hystérie dues à une hypertrophie des cornets inférieurs; curieux cas de sommeil hypnotique; accès d'asthme disparaissant après l'ablation de polypes muqueux, par Polo. (*Gaz. méd. de Nantes*, 9 septembre.) — Les affections de la gorge et du nez chez l'enfant en rapport avec certaines perturbations du sommeil, de l'énergie du pouvoir intellectuel, etc., par Spicer. (*Brit. med. Assoc.*, *Brit. med. Journ.*, 14 septembre.) — De l'asthme et de ses rapports avec les affections du nez, par Schmiegelow. (In-8°, *Copenhague.*) — Diagnostic et traitement des névroses nasales réflexes, par J. Scheinmann (32 observa-

tions : de névralgies faciales, de céphalées ; paresthésies du pharynx ; coryzas vaso-moteurs, toux spasmodique, asthme). (*Berlin. klin. Woch.*, 8 et 15 avril ; 6, 13 et 27 mai.) — Quelques cas de névroses réflexes d'origine nasale, par Roquer y Casadesus. (*Rev. de laring. y rinol.*, août.) — Affections du nez et asthme, par James B. Ball. (*Practitioner*, juin.) — De la fréquence de certaines névroses du cœur en rapport avec des lésions nasales, par de Stein. (*Monats f. Ohrenh.*, XXIII, n° 9.) — Les maladies de la cavité et des sinus du nez comme éléments pathogéniques de quelques maladies de l'appareil oculaire, du goître exophthalmique et de quelques maladies de la peau du nez et de la face, par V. Cozzolino. (*La Riforma medica*, 15, 16, 17 avril.) — Rapport entre les maladies du nez et les maladies des yeux, par Despagnet. (*Soc. franç. d'opht.*, 10 août.) — Des affections intraoculaires liées aux affections du nez, par Ziem. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXII, n° 8.) — De l'aprosexie, impossibilité de fixer l'attention et autres troubles des fonctions cérébrales causées par les lésions nasales, par Guye. (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.) — Quelques causes de retard et de stupidité chez l'enfant ; guérison de ces troubles par la scarification naso-pharyngienne, par W. Hill. (*Brit. med. Journ.*, 28 septembre.) — Un cas de bourdonnement d'oreilles guéri par le traitement de l'obstruction nasale, par Thorner. (*Cincinnati Lancet Clinic*, 18 mai.) — Un cas de leucémie avec modifications de la muqueuse nasale, par Suchannek. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 1.) — Obstruction des fosses nasales, par Edmond Roughton. (*Practitioner*, mars.) — De l'hypertrophie de la muqueuse des cornets du nez (myxangiome diffus), par Barbier. (*Thèse de Lyon*, n° 471.) — De la rhinite fibrineuse, par Seifert. (8e *Congrès de méd. interne, Wiesbaden.*) — Rhinite caséeuse ou cholestéatomateuse, par Cozzolino. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — De la nature du coryza caséeux, par Bories. (4e *Cong. franç. de chir.*) — De la rhinite chronique hypertrophique, par Arteaga. (*Rev. de laringol. y rinol.*, mai.) — Rhinite pseudo-membraneuse, par Chapin. (*Americ. med. Assoc.*, 26 juin.) — Du coryza atrophique, par Moure. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 16 juin.) — De l'ozène et des ulcères infectieux de la cornée, par Trousseau. (*Journ. de méd. Paris*, 15 juillet.) — La créosote dans le traitement de la rhinite fétide, par Ferreri. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma*, décembre 1888.) — Le courant galvanique dans le traitement de la rhinite atrophique, par Hartmann. (*New York med. Journ.*, p. 294, 16 mars.) — Observation de lupus de la membrane pituitaire (bacilles tuberc.), par Wagnier. (*Rev. mens. de laryng.*, 15 octobre.) — La tuberculose des fosses nasales du pharynx, de la luette, des amygdales, de la langue et de l'oreille ; leçons par Cozzolino. (*Gaz. med. di Roma*, XV.) — Syphilide acnéique du nez, par Euthyboule. (*Cong. int. de Dermat.*) — Un cas de syphilis du nez, simulant le lupus, par Norris Wolfenden. (*Journ. of laryngol.*, septembre.) — Cas de syphilis du nez, par Lublinski. (*Berlin. klin., Woch.*, p. 384, 29 avril.) — Guérison d'un cas d'anosmie (datant d'un an, syphilis), par Felici. (*Boll. delle mal. dell' orecchio*, septembre.) — Action remarquable de l'iodure de potassium dans un cas de rhinite syphilitique, par Hudmit. (*Brooklyn med. Journ.*, mai.) — Larves de mouches (sarcophila Wohlfarti) dans le nez, par Pokrosoff. (*Meditzina*, n° 12.) — Perforation de la cloison chez des ouvriers travaillant le ciment, par Foulerton. (*Lancet*, 17 août.) — La cocaïne et l'acide borique dans la rhinite et les polypes du nez, par Pasalsky. (*Novosti Terap.*, n° 13.) — Iodol cristallisé pour les insufflations nasales, par Schaeffer. (*Therap. Monastch.*, juin.) — Un cas de rhinolithe, par Baden. (*Hospitals-Tidende*, n° 2.) — Recherches étiologiques sur le rhinosclérome, par Zagari. (*Giorn. int. d. sc, med.*, n° 4.) — Un cas de rhinosclérome, par Laquer. (8e *Congrès de méd. int. Wies-*

baden.) — Rhinosclérome, deux cas, par ROBERTSON. (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. Journ.*, 14 septembre.) — Papillome nasal dur, par BÜNGNER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 26.) — Enchondrome de la cloison du nez, par PORCHER. (*Virginia med. Monthly*, juillet.) — Ablation d'un enchondrome de la cloison nasale, par HEWITT. (*Intern. Journ. of surg.*, juillet, p. 160.) — Polype naso-pharyngien chez une jeune fille, par TILLIER. (*Lyon méd.*, 11 août.) — Polype naso-pharyngien à prolongements multiples, par BOUSQUET. (*Rev. gén. de clin.*, 12 septembre.) — Rhinoscopie postérieure avec la tête pendante pour les opérations de l'espace naso-pharyngien, par DORN. (*Cent. f. Chir.*, 7 septembre, n° 36.) — Traitement d'un fibrome naso-pharyngien, par l'électrolyse, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, p. 785 et 786, 2 septembre.) — De l'électrolyse du canal nasal, par GORECKI. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 14 août.) — Sur les opérations électrolytiques des cavités nasales, par KAFEMANN. (In-8°, *Wiesbaden.*) — Tamponnement des fosses nasales, par COION. (*La Pratique méd.* 4 juin.) — Traitement des fractures du nez par l'appareil plâtré par CHEVALLET. (*Thèse de Lyon*, n° 472.) — Opérations plastiques sur la cavité buccale et le nez, par J. ROTHS. (*Münch. med. Woch.*, n° 30, 23 juillet,) — Chirurgie nasale antiseptique, par RICE. (*New York med. Journ.*, 2 mars.) — Nouveau rhinoscope, par JELENFFY. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 835, 23 novembre.) — Porte-lacs rétro-nasal pour l'enlèvement des tumeurs naso-pharyngiennes, par GORIS. (*La Clinique*, 16 mai.) — Nouvelle scie nasale, par SYMONDS. (*Lancet*, 12 octobre.) — Nouveau spéculum nasal, par BLACK. (*New York med. Journ.*, 14 septembre.)

Nutrition. — Influence de l'exercice sur la nutrition, par MAX GNABER. (*Thèse Berne*, 1888.) — Sur la nutrition intra-cellulaire (2e mémoire), par DUCLAUX. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 août.) — Sur le tata blanc ou tata albumine naturel et artificiel, et ses applications à la nutrition, par TARCHANOFF. (*Soc. Biologie*, 13 juillet.)

O

Obésité. — De la cure d'amaigrissement à Paris, par WARME (*Rev. d'hyg. thérap.*, août.)

Occlusion intestinale. — La question de l'iléus, par SCHLANGE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Symptomatologie et diagnostic de l'iléus, par LEICHTENSTERN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 363, 22 avril.) — Symptomatologie et traitement de l'insuffisance intestinale (dans l'étranglement interne), par OTTOMAR ROSENBACH. (*Ibid.*, 1er et 8 avril.) — Trois cas d'étranglement interne par un diverticule de Meckel, dont un contenant un corps étranger, par KARL ROSER. (*Ibid.*, n° 31, p. 704, avril.) — Sur le diagnostic clinique de l'occlusion intestinale par étranglement ou par volvulus, par VON WAHL. (*Gaz. hebd. de médec. Paris*, 12 juillet.) — Un cas rare d'occlusion intestinale, par SOTTAZ. (*France méd.*, 14 février.) — Quelques cas d'invagination iléo-colique avec chute de l'intestin grêle par l'anus, par LEWENTANER. (*Cent. f. Chir.*, n° 34. 24 août.) — De la conduite à tenir dans l'étranglement interne, par LE BEC. (*France méd.*, 26 février.) — Traitement de l'étranglement interne par les injections d'huile dans le rectum, par KOEHL. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 14, p. 443, 15 juillet.) — Obstruction complète du colon guérie par l'usage des plaques de Senn, par R. ABBE. (*N. York med. journ.*, p. 314,

23 mars.) — Du traitement de l'occlusion intestinale par l'électricité, par Larat. (*Bull. Acad. de méd.*, 16 juillet.) — Sur le traitement de l'iléus, par Kollmann. (*Münch. med. Woch.*, n° 34, 30 août.) — Traitement de l'iléus, par Curschmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 386, 29 avril.) — Deux cas d'occlusion intestinale guéris par les lavements d'éther sulfurique, par V. Clausi. (*Il Morgagni*, septembre.) — La ponction de l'intestin en cas d'occlusion, par Ottomar Rosenbach (*Berlin. klin. Woch.*, p. 370, 29 avril.) — Laparotomie pour étranglement interne à la suite de kélotomie, par Piccinini. (*Boll. d. Soc. lancisiana d. ospedali di Roma*, décembre 1888.) — Colotomie pratiquée avec succès quatre jours après l'accouchement et dix-huit jours après le début de l'occlusion intestinale, par Dyer. (*Lancet*, 14 septembre.) — Invagination de l'intestin grêle chez un enfant de quatre ans : laparotomie, réfection de l'enfant invaginé ; mort deux heures après l'opération, par G. H. Makins. (*Brit. med. journ.*, p. 1116, mai.) — Laparotomie pour obstruction intestinale consécutive à l'ovariotomie, par Anderson et Handfield Jones. (*Lancet*, 2 novembre.) — Occlusion intestinale chez un homme de 20 ans, laparotomie ; mort. Epithélioma cylindrique de l'S iliaque, par H. Legrand. (*Soc. anat.*, p. 459, 5 juillet.) — Obstruction par un néoplasme de l'S iliaque, laparotomie, mort, par Sigaud. (*Lyon méd.*, 22 septembre.)

Œdème. — Du traitement chirurgical de l'anasarque, par Schabert. (*Inaug. Diss. Dorpat.*)

Œil. — Sur l'hyaloïde et la zone de Zinn, par Hache. (*Rec. d'ophtalm.*, juillet.) — Description de l'œil de la taupe d'Europe et du proteus anguineus, par Hess (*Arch. f. Ophth.*, XXXV, 1.) — La force électro-motrice nerveuse appliquée à l'étude du chiasma du nerf optique, par Faravelli et Fasola. (*Ann. di ottalm.*, XVIII, 1 et 2.) — Physiologie et pathologie de la glande des procès ciliaires, par Nicati (*Soc. biologie*, 25 mai et 1er juin.) — Contribution expérimentale à l'étude des voies d'écoulement de la chambre antérieure de l'œil, par Jakob Morf. (*Thèse Zurich*, 1888.) — Méthodes simples de mesurer l'action des muscles de l'œil, par Randall. (*Med. News*, 7 septembre.) — Numérotage nouveau des prismes, par Valude. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 14 août.) — De l'emploi passager et constant des verres cylindriques, par Moffat. (*Journ. of opht. otol. and laryng.*, I, 1, p. 86.) — De la métamorphopsie produite par les verres correcteurs, par Lippincolt. (*Arch. of ophthalm.*, mars.) — Nouvel ophtalmoscope à réfraction à deux foyers, par Lyder Borthan. (*Rev. gén. d'opht.*, 31 août.) — Un phénomène optique qui peut servir de base à la construction d'un optomètre, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Contribution à l'optique physiologique, par le même. (*Ibid.*) — Un périmètre commode, par Schweigger. (*Arch. of ophth.*, XVIII, n° 2, p. 187.) — Proposition d'un nouveau procédé d'astigmométrie, par Hintzy. (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Echelles typographiques pour déterminer l'acuité visuelle de loin, par A. Nieden. (*Wiesbaden.*) — Un cas de microphtalmie avec persistance de la membrane pupillaire, colobomes du nerf optique et de la macule, par Michaelsen. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Malformations congénitales du globe et de ses annexes, par Gunn. (*The ophth. Review*, juillet.) — Effet produit sur l'accommodation par le regard dans un miroir posé obliquement dans la pièce pendant l'examen ophtalmoscopique, par Holt. (*Amer. opht. Soc.*, 18 juillet.) — Inefficacité du bromhydrate d'homatropine pour contrôler le degré d'accommodation, par Holt. (*Amer. opht. Soc.*, 18 juillet.) — Emploi de l'huile de vératrine pour faciliter la détermination des erreurs de réfraction, par Theobald. (*Amer. opht. Soc.*, 18 juillet.) — Oculistique et

ophtalmoscopie, par Hermann Schmidt-Rimpler. (*Berlin.*) — Le traitement des granulations au xie siècle, par Trousseau. (*Union médicale*, 13 août.) — De l'amétropie déterminée sous la mydriase complète, 4,000 examens, par Jackson. (*Americ. opht. Soc.*, 18 juillet.) — De l'héméralopie, par Teillais. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 14 août.) — Sur la distinction ophtalmoscopique des pigments rétiniens et choroïdiens et sur la pathogénie de l'héméralopie, par Guaita. (*Ann. di ottalm.*, XVII, p. 6.) — Au sujet d'un héméralope traité avec succès par les fumigations de fiel de bœuf, par Liégeois. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 12, p. 364.) — Des asthénopies, par Valude. (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet.) — Un cas d'odontalgie dépendant d'une asthénopie musculaire, par Neuschueler. (*Bollet. d'ocul.*, 1er mars.) — Rapports physiologiques et pathologiques entre les appareils de la vue et de l'audition, par Rampoldi. (*Ann. di ottalm.*, XVIII, n° 3.) — Observation de sclérotite d'origine dentaire, par Hern. (*Brit. med. journ.*, 28 septembre.) — Des névroses réflexes dues à la fatigue de l'œil, par Gould. (*The med. and surg. Reporter*, 9 février et 9 mars.) — Observations d'accidents oculaires de cause paludéenne, par Motais. (*Bull. Soc. de méd. d'Angers*, p. 9, 2e semestre 1888.) — Les paralysies des muscles de l'œil, par L. Mauthner. (*Wiesbaden.*) — Un cas de paralysie périodique du moteur oculaire commun avec migraines, par W. Manz. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 749, 26 août.) — Lésions des noyaux des deux moteurs oculaires (atrophie, hyperémie et extravasats sanguins) dans un cas de paralysie progressive des muscles oculaires, par Westphal. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 27, p. 624, 8 juillet.) — Trois cas d'ophtalmoplégie nucléaire (atrophie musculaire progressive; 1 tabes fruste), par Eichhorst. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 14, p. 432, 15 juillet.) — De l'hémiopie, par Sous. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 28 juillet.) — L'œil tabétique, par Trousseau. (*Union médicale*, 9 mars.) — Sur la polyopie monoculaire asymétrique, par Leroy. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 18 août.) — Sur des phénomènes de diplopie musculaire, par Crispo. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Diplopie monoculaire, par Brunschvig. (*Normandie médic.*, 15 août.) — Remarques sur la névrite rétrobulbaire, avec considérations spéciales sur le sens lumineux dans cette affection, par Berry. (*Roy. London opht. hosp. Reports*, janvier.) — Névrite optique rétrobulbaire, par Businelli. (*La Riforma medica*, 10 et 11 juin.) — Pathogénie de certaines amblyopies et atrophies du nerf optique d'origine rhumatismale, par Dransart. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 18 août.) — Double névrite optique avec myélite diffuse aiguë, par Kalt. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 18 août.) — Trophonévroses ophtalmiques, par Mules. (*Brit. med. Ass.; Brit. méd. journ.*, 28 septembre.) — Ophtalmie des nouveau-nés et sa prophylaxie, par Grossmann. (*Brit. med. journ.*, 28 septembre.) — Traitement de l'ophtalmie purulente et de la dacryocystite par l'irrigation antiseptique, par Jones. (*Lancet*, 19 octobre.) — Enucléation de l'œil dans la panophtalmite, par Noyes. (*Amer. opht. Soc.*, 16 juillet.) — Le traitement chirurgical de l'ophtalmie granuleuse, par G. Pfalz. (*Bonn.*) — Ophtalmie diphtéritique, par Grandclément. (*Lyon méd.*, 11 août.) — Des diverses formes cliniques de l'ophtalmie sympathique, par Abadie. (*Soc. franç. d'ophtalm.; Bull. méd.*, 14 août.) — L'ophtalmie migratrice (sympathique), par R. Deutschmann. (*Hambourg* et *Leipsig*, 1889.) — Traitement des affections oculaires les plus communes et importantes, par L. Kœnigstein. (1er fascicule : *Affections des paupières et de la conjonctive*, Vienne.) — De l'antisepsie dans la clinique ophtalmologique allemande, par Schmeichler. (*Wien. med. Woch.*, n° 32.) — Sur l'emploi des différents alcaloïdes dans les maladies des yeux, par Galezowski. (*C. R. Soc. biologie*, 2 mars.) — Borates d'alcaloïdes, par A. Petit. (*Ibid.*) — Lavage

de la chambre antérieure, par LIPPINCOTT. (*Amer. opht. Soc.*, 16 juillet.) — Inconvénients de la liqueur de Van Swieten injectée dans la chambre antérieure, par GILLET DE GRANDMONT. (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, I, 1. p. 30.) — Lavages intra-oculaires, par NUEL. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 14 août.) — Contribution à l'étude de la pilocarpine dans les maladies oculaires, par A. GAGGIOLI. (*Il Morgagni*, août.) — Du naphtol dans les ophtalmies purulentes, par VALUDE. (*Bull. Soc. d'opht. de Paris*, I, 1, p. 6.) — Les blessures de l'œil pendant la guerre de 1870-1871, par NIMIER (*Arch. de méd. milit.*, septembre.) — Les blessures de l'œil par corps étrangers, par HEINRICH WEIDMANN. (*Thèse Zurich*, 1888.) — Blessure par coup de feu de l'œil : anévrisme de l'artère orbitaire ou lésion de la carotide dans le sinus caverneux, par KRETSCHNER. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Exophtalmos pulsatile gauche, par HIRSCHBERG. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 287, 1er avril.) — Tumeurs du nerf optique, par SYM. (*Brit. med. journ.*, 28 septembre.) — Sarcome du nerf optique, par SUTPHEN. (*Americ. opht. Soc.*, 17 juillet.) — Myxo-sarcome optique, par AYRES. (*Americ. med. Assoc.*, 25 juin.) — Tumeurs mélaniques de l'œil, par BULL et GADE. (*Arch. of ophth.*, XVIII, nº 2, p. 163.)

Œsophage. — De la dilatation des rétrécissements de l'œsophage par le laminaire vissé sur une sonde, par SENATOR. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 577, 24 juin.) — Rétrécissement de l'œsophage, gastrostomie, mort, par ALFRED SHEEN. (*Brit. med. journ.*, p. 1463, juin.) — Cancer de l'œsophage. Ganglions sus-claviculaires. Gastrostomie. Mort, par LEGUEN. (*Gaz. méd. de Paris*, 8 juin.) — Cancer de l'œsophage traité trois mois par la canule à demeure. Mort par embolie cérébrale provenant d'une gangrène de l'endocarde envahi par le cancer, par G. KLEMPERER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 287, 1er avril.) — Sur deux cas de perforation de l'aorte, par un cancer de l'œsophage, par W. ZAHN. (*Arhciv f. path. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Cancer ulcéré de l'œsophage ; dilatation au-dessous du rétrécissement, par EWALD. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 503, 3 juin.)

Œuf. — Migration intra-péritonéale de l'ovule, par R. SCHÆFFER (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVII, 1.) — Note sur une forme peu commune d'anomalie de l'œuf de poule, par P. BERNARD. (*Soc. biologie*, 13 juillet.)

Orbite. — Disposition anatomique des nerfs de l'orbite au niveau du sinus caverneux, par CARPENTIER. (*Progrès médical*, 5 octobre.) — Anévrisme de l'orbite guéri par la compression digitale, par BENSON. (*Brit. med. Assoc.*, 14 août.) — Traitement de la carie et de la nécrose de l'orbite, par KNAPP. (*Americ. opht. Soc.*, 17 juillet.) — Tumeurs de l'orbite et des cavités avoisinantes, par BULL. (*Americ. opht. Soc.*, 18 juillet.) — Tumeur de la queue du sourcil d'origine traumatique prise pour un kyste dermoïde, par LARGER. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 88.) — Le fibrome de l'orbite, par USSEL. (*Thèse de Bordeaux*, 1888.) — Deux cas de sarcomes orbitaires chez des enfants, par ALT. (*Amer. journ. of ophthalm.*, février.) — Cholestéatome de l'orbite, par ROHMER. (*Soc. franç. d'opht.; Bull. méd.*, 14 août.)

Oreille. — Le pavillon de l'oreille au point de vue anthropologique, par GRADENIGO. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — L'oreille des faiseurs de saut périlleux, par BLOCH. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 1.) — Critique de la doctrine darwinienne sur la signification des oreilles pointues, par SCHWALBE. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 30, p. 686, 29 juillet.) — L'acoustique appliquée à la poitrine humaine dans la séméiologie, par LEAMING. (*New York med. journ.*, p. 85, 26 janvier. — De l'audition colorée, par GRÜBER. (*Cong. de psych. phys.; Bull. méd.*, 18 août.) — Procédé particulier pour la perception des sons solidiens, par BLOCH. (*Ann. mal. de l'or.*, sep-

tembre.) — De l'emploi du nouveau phonographe d'Edison comme acoumètre universel, par Lichtwitz. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Manuel d'otologie pratique de D. B. St. John Roosa (trad. allem., par Ludwig Weiss). (*Berlin.*) — Sur la statistique otiatrique, surtout au point de vue thérapeutique, par L. Jacobson. (*Therap. Monatsh.*, n° 1.) — Résultats d'une étude statistique sur la fréquence et la gravité des maladies de l'oreille, par Gradenigo. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre. — Influence du téléphone sur l'oreille, par Blake. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 1.) — Etude sur les cas observés à la policlinique des maladies de l'oreille de Gœttingue, par Bürckner. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII. 4.) — Des effets produits sur l'oreille par la détonation des armes à feu, par H. Nimier. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 5, p. 336.) — Otite moyenne catarrhale aiguë, par Holt. (*Amer. otol. Soc.*, 16 juillet.) — Otite moyenne suppurée, mode d'évolution particulier et favorable, par Derouet. (*Arch. de méd. milit.*, octobre.) — Nouveaux cas d'otite moyenne aiguë primitive, déterminée par le diplocoque de la pneumonie, par Zaufal. (*Prager med. Woch.*, n° 6.) — Cas d'otite moyenne purulente avec diplococcus pneumonisé et compliqués d'abcès de l'apophyse mastoïde, par Zaufal. (*Prager med. Woch.*, n° 36.) — De la présence de micro-organismes dans l'otite moyenne diphtéritique, par Siebenmann. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 1.) — Occlusion complète osseuse des deux conduits auditifs externes chez un sujet ayant un pouvoir auditif satisfaisant ; otite moyenne suppurée ancienne, par Holt. (*Amer. otol. Soc.*, 16 juillet.) — Labyrinthite scarlatineuse, par L. Katz. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 641, 15 juillet.) — Trois cas de mort suite d'otite suppurée (abcès du cerveau), par Wilson. (*Americ. otol. Soc.*, 16 juillet.) — Pathogénie des affections intra-crâniennes consécutives aux inflammations de l'oreille, par Eg. Hoffmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 10, p. 191.) — Traitement des suppurations chroniques de l'oreille moyenne, par Stacke. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 350, 22 avril.) — Abcès de la région mastoïdienne, par Vallas. (*Province méd.*, 17 août.) — L'ostéo-périostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente primitive des cellules mastoïdiennes, par Lévi. (*Gaz. hebd. de méd.*, 14 octobre.) — De la forme de maladie de l'apophyse mastoïde décrite par Bezold ou thrombose du sinus latéral, par Moos. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 1.) — De la trépanation de l'apophyse mastoïde dans les otites suppurées moyennes à la clinique de Zurich, par Scherrer, (*Inaug. Diss. Zurich.*) — Les dix premières années de myringoplastie par E. Berthold. (*Berlin.*) — Doublements de la membrane muqueuse dans la partie supérieure de la cavité tympanique et leur importance clinique, par Clarence, Blake et Bryant. (*Ann. des mal. de l'or.*, août.) — Inflammation de la membrane du tympan, perforation de la membrane de Shrapnell, par Randall. (*Amer. otol. Soc.*, 16 juillet.) — Rupture accidentelle de la membrane du tympan, par Sayer. (*Journ. of opht. otol. and laryng.*, juillet.) — Sur la guérison d'anciennes perforations du tympan, par Furst. (*Wien. med. Blätter*, n° 26.) — Des lésions du mur de la logette des osselets de l'ouïe, par Gellé. (*Ann. mal. de l'or.*, octobre.) — Des altérations de la chaîne des osselets de l'ouïe, leur étiologie et leur traitement, par Ladreit de Lacharrière. (*Gaz. des hôp.*, 5 novembre.) — Etude sur le traitement opératoire de la carie de l'os temporal, par Jacoby. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII, 4.) — De la dilatation de la trompe d'Eustache, par Ménière. (*France méd.*, 2 avril.) — Traitement chirurgical de la tuberculose des trompes d'Eustache, par Werth. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 647, 15 juillet.) — Quelques points de la dermatologie de l'oreille, par Hermet. (*Cong. int. de dermat.*) — De la surdité profonde de la syphilis héréditaire tardive. Analyse et critique des travaux parus jusqu'à ce jour, par

Minos. (*France méd.*, 10 janvier.) — De l'emploi du naphtol camphré en otologie, par Dumont. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — L'essence de menthe dans l'otite suppurée, par Blumenau. (*Novosti Terap.*, n° 15.) — Action de la cocaïne sur l'oreille, par Kiesselbach. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 9.) — Du menthol contre la furonculose de l'oreille, par Cholewa. (*Therap. Monatsh.*, juin.) — Nouvelle membrane artificielle antiseptique du tympan, par Cousins. (*Brit. med. journ.*, 28 septembre.) — Nouveau tympan artificiel antiseptique, par Ward Cousins. (*Lancet* 14 septembre.) — Contre-indications à la recherche immédiate des projectiles à la suite des tentatives de suicide par coup de feu dans l'oreille, par Tachard; rapport, par Chauvel. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 59.) — Des polypes de la caisse, par Ferreri. (*Sperimentale*, juillet.) — Trois cas de destruction spontanée des polypes de l'oreille, par Gomperz. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 7.) — Kystes de l'oreille, par Bacon. (*Americ. otol. Soc.*, 16 juillet.) — Fibrome de l'oreille, par Anton. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXVIII, 4.) — L'extirpation des tumeurs osseuses du conduit auditif externe, par Field, Dalby, Sheild, Barr, Ellis, Politzer. (*Brit. med. journ.*, 24 août et 28 septembre.) — Traitement d'une hyperostose du conduit auditif externe, par Pooley. (*N. York med. journ.*, p. 268, 9 mars.) — Cholestéatome, perforation de la membrane de Shrapnell, etc., par Bezold. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 1.) — Epithélioma de l'oreille moyenne, par Carmalt. (*Americ. otol. Soc.*, 16 juillet.)

Oreillon. — Un cas d'oreillons communiqués par un jeune garçon à son chien, par Poore. (*New York med. record*, p. 543, 18 mai.) — Oreillons sous-maxillaires et sublinguaux, par Betz. (*Memorabilien*, Heft 4, 1888.) Orchite ourlienne, par Pris. (*Bull. Soc. méd. Rouen*, 13 mai.)

Orthopédie. — Communications de la clinique chirurgico-orthopédique privée de A. Hoffa. (*Munich.*)

Os. — Signification du 3e trochanter et des saillies osseuses similaires, par Dwight. (*Journ. of anat.*, octobre.) — Du noyau épiphysaire fémoral, par Filomussi-Guelfi. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Structure de l'os normal. Contenu des canalicules osseux, par Zachariades. (*Soc. biologie*, 30 mars.) — Note sur la forme, la situation et les dimensions de l'apophyse sus-épithrochléenne, par Testut. (*Province méd.*, 31 août.) — La question de l'accroissement des os longs, par Petersen. (*Cent. f. Chir.*, n° 40, 5 octobre.) — Division congénitale du sternum, par Karewski. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 286, 1er avril.) — Contributions à l'anatomie pathologique de l'os hyoïde, par Victor Peter. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Les os au point de vue de l'identité, par Paul Wourlon. (*Thèse Genève*, 1888.) — Division et dégénérescence des cellules géantes de la moelle des os, par Demarbaix. (*La Cellule*, V, 1.) — Périostose généralisée des os de la face et du crâne, par Baudon. (*Acad. de méd.*, 24 septembre.) — Deux cas d'ostéomyélite infectieuse ayant comme portes d'entrée, l'un une lymphangite d'origine traumatique, l'autre une blennorragie ancienne, par Cauchois. (*Normandie médic.*, 15 septembre.) — Ostéomyélite du tibia avec suppuration du genou. Nécrose du tibia sur une longueur de 17 centimètres, etc., par Rose, (*Berlin. klin. Woch.*, p. 527, 10 juin.) — Ostéite juxta-épiphysaire de l'extrémité supérieure de l'humérus chez un enfant de 2 ans 1/2; arrêt d'accroissement du bras et raccourcissement de 12 centimètres, par Forestier. (*Lyon méd.*, 25 août.) — Ostéomyélite diffuse aiguë; mort le quatrième jour, par Félix. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 12, p. 376, 15 juin.) — Deux cas d'ostéomyélite tuberculeuse du tibia, par Jelks. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 195, 10 août.) — Traitement de l'ostéo-

myélite infectieuse aiguë, par NANCREDE. (*Philad. Acad. of surg.*, 3 juin.) — Ostéoclasie pour genu valgum, par ROBIN. (*Lyon méd.*, 4 août.) — Ostéosarcome du radius. Ablation, par KRŒNLEIN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 16, p. 500, 15 août.) — Un cas d'ostéomalacie, par MAYGRIER. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Cas typique d'ostéomalacie chez une femme en travail d'accouchement. Pièces anatomiques, par GUÉNIOT. (*Bull. Acad. de méd.*, 24 septembre.)

Ovaire. — Deux cas d'ovaire descendus dans le canal de Nuck, par GIFFARD (*Brit. med. journ.*, p. 188, janvier.) — De la chute de l'ovaire, par MAC KEE. (*New York med. record*, p. 595, 1er juin.) — Discussion sur les symptômes nerveux accompagnant les maladies des ovaires, par DANA, SACHS, JACOBI, etc. (*New York med. record*, p. 696, 22 juin.) — De la dégénérescence des ovaires en petits kystes, par BULIUS. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 685, 29 juillet.) — Kyste dermo-mucoïde de l'ovaire, par G. POUPINEL. (*Soc. anat.*, p. 464, 5 juillet.) — Kyste sous-péritonéal probablement d'origine ovarique, par HEURTAUX. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 4, p. 314.) — Fibrome du ligament ovarique, par DORAN. (*Transact. of obst. Soc.*, XXXI, 3.) — De l'incision vaginale appliquée à l'ablation des tumeurs de l'ovaire et de la trompe, par HEYDENREICH. (*Semaine méd.*, 3 août.) — Tumeur solide de l'ovaire, par MEREDITH. (*Transact. of obstet. Soc.*, XXXI, 3.) — Contribution à la connaissance des carcinomes de l'ovaire, par HERMANN LERCH. (*Thèse Berne*, 1888.) — Diagnostic et traitement du cancer de l'ovaire, par LERCH. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 3.) — Traitement des tumeurs malignes de l'ovaire, par FREUND. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVII, 1.) — Ovariotomie pour adénome multiloculaire papillifère du tronc, par KROENLEIN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 16, p. 496, 15 août.) — Ovariotomie pour un kyste multiloculaice de l'ovaire rompu pendant un léger effort. Présentation de l'ovaire enlevé, par POLAILLON. (*Bull. Acad. de méd.*, 27 août.) — Laparotomie pour kyste de l'ovaire; guérison, par DURANTE. (*La Riforma medica*, 14 juin.) — Remarques cliniques sur une 7e série de 25 ovariotomies, par TERRIER. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Première ovariotomie guérie en Valais ; réunion par première intention, par MERCANTON et DENÉRIAZ. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 435, juillet.) — 5e série de 35 ovariotomies, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juin.) — Mort de lésions viscérales consécutives à l'ovariotomie, par COE. (*Americ. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — De l'ovario-salpingite et de l'ovario-salpingectomie, par TÖRNGREN. (*Finska läkar. Handlingar*, XXXI, n° 9.) — La castration et la salpingectomie chez les femmes hystéro-épileptiques, par MARCHIONNESCHI. (*Ann. di ostet.*, août.) — Mémoire sur cinquante ovaro-salpingites traitées par la laparotomie, par TERRILLON. (*Bull. Acad. de méd.*, 16 juillet.) — Contribution aux indications de la castration, par OTTOMAR STROEHL. (*Thèse Bâle*, 1888.)

P

Palais. — Des ulcérations du voile du palais, par D'AGUANNO. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.) — Hémorragie consécutive à l'excision de la luette, par CATUFFE. (*France médic.*, 5 janvier.) — Trois cas d'opération plastique sur le palais, par JULIUS WOLFF. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 577, 24 juin.)

Paludisme. — De l'étiologie de l'infection malariale, par CELLI et GUARNIERI. (*Fortsch. d. Med.*, n° 14.) — Les fièvres paludiques dans la province de

Rome, 2e semestre 1888, par Celli. (*Ann. istit. d'igiene sper. univ. di Roma*, vol. I, 2e série.) — Sur le cycle évolutif des parasites malaniques dans la fièvre tierce ; diagnostic différentiel entre les parasites endoglobulaires malariques de la tierce et de la quarte, par Golgi. (*Arch. per le sc. med.*, XIII, 2.) — Contribution clinique à l'existence de la fièvre ictéro-hématurique d'origine quinique chez les paludéens, par G. Lipari. (*Il Morgagni*, septembre.) — Influence du paludisme sur la vision, par Leal. (*Bol. de soc. de med. e cir. de Rio de Janeiro*, décembre 1888.) — Malaria comme cause de dégénérescence de la moelle, par Prince. (*Amer. neurol. Assoc.*, 26 juin.) — De l'accès pernicieux tétanique de la malaria, par Périnelle. (*Thèse de Paris*, 30 octobre.)—Fièvre intermittente dans le cours d'un cancer de l'estomac, par Bührig. (*Inaug. Dissert. Berlin.* et *Centr. f. klin. Med.*, n° 28.) — Deux cas d'impaludisme fœtal, par R.-W. Felkin. (*Edinb. med. Journ.*, juin.) — Un cas de fièvre intermittente pernicieuse cardiaque, par Mayer. (*Münch. med. Woch.*, 16 avril.)

Pancréas. — Cancer primitif de la tête du pancréas, par Cimbali. (*Sperimentale*, septembre.) — Cancer du pancréas comprimant le pylore et la veine porte, par Klemperer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 27, p. 624, 8 juillet.)—Sur l'extirpation du pancréas, par G. Martinotti. (*Giorn. della R. Accademia di medic. di Torino*, n° 7, 1888)—Sur les phénomènes consécutifs à l'extirpation totale ou partielle du pancréas, par G. Martinotti. (*Ibid.*, n° 7, 1888.)

Pansement. — Une salle d'opérations à l'Hôtel-Dieu de Lyon, par Poncet. (*Rev. de chir.*, 10 août.) — Les pansements modernes, le pansement ouaté et son application à la thérapeutique chirurgicale, par Guérin. (In-16, 392 pages, *Paris.*) — Préparation de tubes à drainage absorbables avec les artères d'animaux, par Henry Beyer. (*Med. News*, 3 août.) — Le drainage et les tubes à drainage dans leur application au traitement des plaies, par Holmes Wecks. (*Trans. of Amer. surg. Assoc.*, VII, p. 73.)—Moyen simple de fixer les bandes de caoutchouc de Martin (humectation de l'extrémité de la bande qu'on replie sous les tours supérieurs), par Zellweger. (*Cor. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 13, p. 410, 1er juillet.) — La préparation du catgut, par J. Schaps. (*New York med. Record*, p. 41, 13 juillet.) — De l'emploi de la soie très fine comme matériel unique de ligatures et de sutures d'après Kocher, par Roux. (*Rev. médic. Suisse romande*, IX, 384, juin.) — De l'utilité pratique de certains agents antiseptiques, par Edington. (*Intern. Journ. of surg.*, p. 138, juin.) — Simplicité et efficacité dans les pansements antiseptiques des plaies, par Brainerd. (*Ibid.*, p. 205, septembre.) — *Idem*, par Hoadley. (Juin, p. 127) — *Idem*, par Pinckney. (Juillet.) — La ramie en chirurgie, par Coupard. (*Journ. de méd. Paris*, 1er mars.)

Paralysie. — Des paralysies localisées et dissociées d'origine centrale médullaire, par Roque. (*Province médic.*, 27 juillet.) — Des paralysies unilatérales du bulbe et des modifications de forme et de situation qu'y subissent le palais, le pharynx, l'os hyoïde et le larynx, par S. H. Scheiber. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 633, 15 juillet.)— Paralysie du moteur oculaire commun, des rameaux sensitifs du trijumeau et des fibres gustatifs de la corde du tympan, du côté droit chez un syphilitique sans autres symptômes tabétiques que des élancements et un trouble de la sensibilité au niveau du 6e nerf intercostal gauche (début de tabes anormal ou gommes ou les deux), par Uhthoff. (*Ibid.*, p. 624, 8 juillet.) — Paralysie infantile; purpura localisé dans le membre atrophié, par Hallion. (*France médic.*, 5 mars.) — Paralysie tétanoïde, par Young. (*Med. News*, 13 juillet.)—Sur trois cas de paraplégie, par Peter. (*France médicale*, 11 juillet.)—De l'a-

trophie musculaire précoce dans les paralysies d'origine cérébrale, par Borgherini. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Paralysie pseudo-hypertrophique, par Hershey. (*Med. News*, 17 août.) — Un cas de paralysie pseudo-hypertrophique, par Musmeci. (*Progresso med.*, 1er août.) — Paralysie pseudo-hypertrophique à forme atrophique, par L. Thérèse. (*France médicale*, 25 juin.) — Paralysie congénitale et infantile, par E. Mansel Sympson. (*Practitioner*, février.) — Hémiplégie aiguë avec hémiathétose, par H. Loventhal. (*Deutsche med. Woch.*, n° 15, p. 296.) — Paralysie de la 3e et de la 6e paire à la suite de doses modérées de quinine, par Coe. (*N. York med. Journ.*, p. 193, 16 février.) — Sur un cas de paralysie agitante à forme hémiplégique avec attitude anormale de la tête et du tronc (extension), par Dutil. (*Gaz. méd. Paris*, 21 septembre.)

Paralysie générale. — Les premières périodes de la paralysie générale, par Folsom. (*Assoc. of Amer. phys.*, 18 septembre.) — De l'arthritisme comme cause de paralysie générale, par Lemoine. (*Gaz méd. Paris*, 17 août.) — Syphilis et paralysie générale, par Christian. (*Cong. de méd. ment.*, *Bull. méd.*, 11 août.) — Sur l'urine et la température dans la paralysie générale, par Turner. (*Journ. of ment. sc.*, octobre.) — 26 cas de paralysie générale, chez les femmes, par Greppin. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 12, p. 466, 1er août.) — Des membranes fibrineuses dans le canal médullaire dans la paralysie générale, par Wiglesworth, Percy Smith. (*Brit. med. Journ.*, 21 septembre.) — Erythropsie dans la paralysie générale, par Ladame. (*Cong. de méd. ment.*, *Bull. méd.*, 11 août.) — Paralysie générale et assassinat, par F. Villard. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXI, 406, mai.) — Curabilité de la paralysie générale, par Auguste Voisin. (*Bull. gén. de thér.*, p. 401, 15 mai.) — De la suspension dans la paralysie générale, par Régis. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 20 octobre.)

Parole. — Traitement du bégaiement et des troubles anciens de la parole, par R. Coen. (*Stuttgart.*) — Des troubles de la parole et du langage écrit, par O. Berkhan. (*Berlin.*)

Parotide. — Conduits excréteurs anormaux de la parotide, par D. Crossman. (*Virginia med. Monthly*, avril 1888.) — Etude de la parotidite, par Ziem. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 7.) — Parotidite et adénite préauriculaire suppurée consécutive à un abcès rétropéritonéal chez un enfant, par J.-F. Monteiro. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 836, 24 septembre.) — Note sur une volumineuse tumeur de la parotide chez un diabétique; traitement du diabète par l'antipyrine; ablation de la tumeur; guérison, par Jacquemard. (*Loire médic.*, 15 octobre.)

Pathologie. — Carnet de diagnostic médical clinique, par O. Seifert et Fr. Müller. (5e édition, *Wiesbaden.*) — Prolégomènes de clinique médicale dérivant de la morphologie du corps humain, par de Giovanni. (*La Riforma medica*, 6 juillet, et *Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Notes cliniques et thérapeutiques sur les malades traités de 1885 à 1888 à l'hôpital de Pavie, par C. Padova. (*Il Morgagni* juin.)

Paupière. — Du blépharospasme et de son traitement, par Giraud. (*Thèse de Lyon.*) — De l'ectropion, par Gayet. (*Province médicale*, février.) — Traitement préventif et guérison de l'ectropion des paupières par les ligatures conjonctivo-cutanées ou ligatures verticales à bascule, par Dransart. (*Soc. ophtal. de Paris*, juin.) — Du lambeau musculo-cutané en forme de pont, appliqué à la restauration des paupières, par Tripier. (*Acad. des sciences*, 14 octobre.) — Quatre nouveaux cas de phtiriase des paupières, par Winfield. (*Journ. of cut. dis.*, septembre.)

Peau. — De fibres particulières dans l'épiderme, par Herxheimer. (*Verh. der deut. Dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 115.) — De la kératohyaline substance des cellules granuleuses de l'épiderme, par Lazansky. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 601, 1er juillet.)—Origine et rôle de la kératohyaline avant et après la naissance, par Pavloff. (*Monats. f. Dermat.*, IX, n° 7.) — Du processus de cornification, par Blachsko. (*Verhandl. d. deut. Dermat. Ges. Cong. de Prague*, p. 232.) — De la kératohyaline, par Lazansky. (*Ibid.*, p. 235.) — Du pigment cutané, par Werman. (*Ibid.*, p. 242.) — De l'épidermophytose avec préparations microscopiques, par Ries. (*Ibid.*, p. 72.) — Des microphytes de la peau, par Kral. (*Ibid.*, p. 84.) — Etude des microphytes de la peau normale, spécialement du pied, par Maggiora. (*Giorn. d. Soc. ital. d'igiene*, n° 5.) — La graisse humaine cutanée contient-elle de la lanoline, par Santi. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 4.) — Sur la formation du pigment chez le nègre, par Morrison. (*Med. News*, 12 octobre.) — Traitement des maladies inflammatoires de la peau, par Lassar. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Hygiène de la peau à l'état de santé et de maladie, par Shoemaker. (*Ibid.*, octobre.) — Atlas international des maladies rares de la peau, par Morris, Leloir, Duhring, Unna. (1er fasc., in-8°, *Hambourg.*) — Les moulages en cire d'affections cutanées, par Lassar. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26, p. 598, 1er juillet.) — Etude histologique des glandes de la région dans la tuberculose primitive de la peau, par Pick. (*Verhandl. d. deut. Dermat. Gesels.*, *Cong. de Prague*, p. 262.) — Dermatite multiforme de la grossesse, par Allen. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Etude sur l'état de la question touchant la maladie de Duhring, par Hebra. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 6.) — Sur les rapports des processus séborréiques avec les autres affections de la peau, par Brooke. (*Brit. journ. of dermat.*, juin.) — De la dermatite exfoliatrice universelle, 21 cas, par Stephen Mackenzie. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 4.) — De la psorospermose folliculaire végétante, par Darier. (*Ann. de Derm.*, X, n° 7.) — Cornes cutanées, par Fisher. (*Lancet*, 12 octobre.) — Anatomie pathologique et nature de la lésion élémentaire du prurigo d'Hebra, par Leloir et Tavernier. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 7.) — De l'emploi des préparations d'ichthyol en dermatothérapie, par Kopp. (*Münch. med. Woch.*, 27 août.)

Pellagre. — La question de la pellagre en Hongrie, par Major. (*Orvosi hetilap*, n° 26.) — Les altérations de la moelle dans la pellagre, par Belmondo. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Les altérations cutanées de la pellagre; la pellagre en Autriche, par Raymond. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 7.)

Pemphigus. — Pemphigus vulgaris, par Sirsky. (*Ann. de Dermat.*, X, nos 8 et 9.)—Pemphigus aigu consécutif à l'inspiration d'air d'égouts, par Style. (*Lancet*, 19 octobre.)—Pemphigus foliacé subaigu; mort, par Dartigolles. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 9 juin.)

Peptone. — Expériences cliniques sur la valeur nutritive des peptones de viande au papaya, par C. Rüger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 657, 22 juillet.)

Périnée. — Orifice pubio-périnéal, par Fallot. (*Arch. de tocol.*, août.) — De la périnéorrhaphie; discussion de la réunion des chirurgiens berlinois. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 290, 1er avril.) — Résultats de la périnéorraphie à lambeaux, par Mundé. (*Amer. Journ. of obstet.*, juillet.) — Traitement chirurgical des déchirures du périnée avec quelques modifications, par J. King. (*New York med. Record*, p. 591, 1er juin.) — Méthode de restauration du périnée, par da Costa. (*Obstet. soc. of Philad.*, 5 septembre. —

Restauration immédiate du périnée après le travail, par Mc Larens. (*Amer. Journ. of obstet.*, septembre.)

Péritoine.— Recherches expérimentales sur le lavage du péritoine, par Delbet. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — La question de l'étiologie de la péritonite aiguë, par Solowjeff. (*Cent. f. Gynæk.*, 14 septembre.) — De la péritonite cataméniale, par Duclos. (*Rev. gén. de clin.*, n° 35.) — Etude bactériologique sur les péritonites par perforation, par Laruelle. (*La Cellule*, V, 1.) — De la péritonite, par Baldy. (*Amer. med. Assoc.*, 27 juin.) — Péritonite chronique; induration fibroïde de l'estomac, des intestins et des viscères pelviens, par Smith et Holland. (*Brit. med. Journ.*, p. 1117, mai.) — Péritonite aiguë généralisée; laparotomie, guérison, par Liénard. (*Arch. de méd. milit.*, août.) — Laparotomie dans la péritonite chronique, par Prochownick. (*Intern. Journ. of surgery*, p. 202, septembre.) — Laparotomie pour péritonite tuberculeuse, par Vautrin. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 131.) — Opération d'un kyste du mésentère, avec remarques sur la valeur diagnostique de la ponction, par H. Loehlein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 557, 24 juin.)

Pharmacologie. — Communications de l'Institut pharmaceutique et du laboratoire de chimie appliquée d'Erlangen, par von A. Hilger. (1er et 2e fasc., *Munich.*) — Les plantes médicinales indigènes et exotiques; leurs usages thérapeutiques, pharmaceutiques et industriels, par Dujardin-Beaumetz et Egasse. (In-8°, 845 pages, *Paris.*) — Contribution à l'histoire naturelle du Soudan, botanique, par Liotard. (*Ardh. de méd. nav.*, septembre.)—Traité de pharmacie pratique, par Heinrich Beckurts et Bruno Hirsch. (*Stuttgart.*) — Etude historique sur les extraits pharmaceutiques comprenant la description des divers procédés et appareils ayant servi à l'extraction des principes actifs des végétaux et à leur concentration, par Adrian. (In-8°, *Paris.*) — De l'emploi du froid dans les préparations des extraits pharmaceutiques, par Adrian. (*Journ. de Pharm.*, 15 juin.) — Modes d'action des astringents, par Erich Harnack. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 26, p. 582, 1er juillet.) — Etude de certains médicaments sur le suc gastrique, par Wolff. (*Zeits. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.) — Recherches sur l'influence de quelques-unes des substances hypnotiques les plus usitées sur la digestion, par A. Cramer. (*Therap. Monats.*, n° 8, 1888.) — Recherches touchant l'influence de la saccharine sur les digestions gastriques et intestinales (action purement mécanique), par Edgar Gans. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 281, 1er avril.) — Sur l'action vomitive de l'apomorphine, par Petresco. (*Bull. de thérap.*, p. 304, 30 octobre.) — Action comparée de la digitale et de la digitaline, par Huchard. (*Soc. de thérap.*, 24 juillet.) — Etat de la petite circulation sous l'influence de certains agents, en particulier du groupe de la digitale, par Openchowski. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.) — Activité comparée des diverses digitalines, par Bardet. (*Acad. des sc.*, 11 novembre.) — L'ouabaïo (poison des Somalis), par H. Cathelineau. (*Bull. génér. de thérap.*, 15 août.) — Note sur le curare, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.)—De l'hyosciamine et de l'hyoscine comme hypnotiques, par Lemoine. (*Cong. de méd. ment.*, *Bull. méd.*, 11 août.) — Note sur l'huile de morphine, par Prothière. (*Province méd.*, 8 juin.) — Influence du curare et de la vératrine sur le muscle strié, par Overend. (*Arch. f. exper. Path. u. Pharm.*, XXVI, 1 et 2.) — De l'action de la solanine et de la solanidine, par Perles. (*Ibid.*, XXVI, 1 et 2.) — De l'action paralysante de la strychnine, par Poulsson. (*Ibid.*, XXVI, 1 et 2.) — Des propriétés antiputrescibles de l'huile de lavande, par Bec. (*Gaz. des hôp.*, 3 septembre.) — Les alcaloïdes de la coca, par Ralph Stockman. (*Brit. med. Journ.*, p. 1043, mai.) — Des dangers de la cocaïne, par Dufournier.

(*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Sur une badiane toxique, l'illicium parviflorum, par Barral. (*Province méd.*, 24 août.) — Action toxique de l'essence d'illicium parviflorum, par Barral. (*Lyon méd.*, 13 octobre.) — Du chloral et de ses dérivés au point de vue chimique, thérapeutique et pharmaceutique, par Yvon. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — Action de l'hydrate de chloral sur les reins, par V. Grandis. (*Giorn. Accad. di medic. Torino*, juin-juillet.) — Action des sulfures sur le chloral et le chloroforme, par Prunier. (*Bull. Acad. méd.*, 10 septembre.) — Note sur le sulphonal, par Kavanaugh. (*Med. News*, 6 juillet.) — Etude chimico-physiologique du sulfonal, par W.-J. Smith. (*Practitioner*, janvier.) — Du chloralamide, par Paterson. (*Lancet*, 26 octobre.) — Sur l'action antithermique de la pyrodine, par Martini et Bagnacci. (*Progresso med.*, 15 septembre.) — Contribution à l'étude de la toxicité expérimentale de l'antipyrine, par Batten et Bokenham. (*Brit. med. Journ.*, p. 1222, juin.) — Note sur l'exalgine, par Peterson. (*New York med. Record*, 14 septembre.) — De la méthylacétanilide (exalgine), par Hepp. (*Progrès médical*, 28 septembre.) — De la pyrodine et de l'acétylphénilhydrazine, par Maragliano. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 3.) — Les effets toxiques du nitrobenzol, par R. Prosser White. (*Practitioner*, juillet.) — Sur la paracétophénétidine, par Pesce et Assanto. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.) — Sur les relations entre la constitution chimique des hypronaphtylamines et des hydronaphtochinolines et leur action physiologique, par R. Stern. (*Arch. f. path. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Action de la phénacétine sur les échanges matériels, par Livierato. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 3.) — Sur une nouvelle substance productive du phénol, par E. Reale et L. Mazzenga. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 402, août.) — Etat dans l'organisme de l'acide orthoxydosinolinocarbonique et de ses dérivés, par Stephen Krolikowski. (*Thèse de Berne*, 1888.) — Action du composé iodique de l'acide méthyltrichydro-oxyquinolinocarbonique sur le cœur de la grenouille, par Fritz Küpfer. (*Ibid.*, 1888.) — Sur la créoline, par Forster. (*Münch. med. Woch.*, n° 26, 25 juin.) — Sur le pouvoir antiseptique des vapeurs de chloroforme, de formaldéhyde et de créoline, par Buchner et Segall. (*Ibid.*, n° 10, 14 mai.) — Action antiseptique de l'iodoforme et de l'iodol, par Celli. (*Bull. d. soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma*, décembre 1888.) — Recherches sur l'action de la terpine et du terpinol sur les ferments organisés, les ferments chimiques et les processus germinatifs, par J. Colpi. (*Il Morgagni*, août.) — Sur les propriétés antiseptiques de l'hydroxylamine, par Heinisch. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 août.) — Note sur le dosage de l'acide salicylique, par Œschner de Coninck. (*Soc. biol.*, 29 juin.) — Expériences sur la toxicité du bismuth, par F. Balzer. (*Ibid.*, 27 juillet.) — Le bromure de potassium antidote des composés iodés, par Samter. (*Berlin. klin. Woch.*, 15 avril.) — Recherches sur les effets du claviceps purpurea, champignon du seigle ergoté, par S. Ala. (*Bull. de Soc. Lancisiana di Ospedali di Roma*, août.)

Pharynx. — De la bourse pharyngée, par Behrendt. (*Inaug. Diss.*, *Wurtzbourg*, 1888.) — Des kystes de la bourse pharyngée, par Zwirn. (*Ibid.*, 1888.) — De la négligence des soins de la gorge et du pharynx auprès ou dans la chambre des malades, par Clemens. (*Allg. med. Centr. Zeit.*, n° 29.) — L'influence des irritations de la bouche sur le développement des affections des voies aériennes supérieures, par Potter. (*Buffalo med. Journ.*, août.) — Un kyste de la bourse pharyngée, par Wright. (*Med. News*, 7 septembre.) — Etude clinique sur les végétations adénoïdes du rhino-pharynx, par Couetoux. (*Ann. mal. de l'or.*, août.) — Quelques observations personnelles sur l'hypertrophie aiguë et chronique du tissu adénoïde de la voûte du pharynx et les moyens de la combattre, par Bryson Delavan,

(*New York med. journ.*, 12 octobre.) — Des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Vallas. (*Province méd.*, 13 juillet.) — Granulations du pharynx, par Lawrence. (*Brit. med. Assoc.*, *Brit. med. Journ.*, 14 septembre.) — Abcès rétro-pharyngé, par Forest. (*New York Acad. of med.*, 11 mai.)—Etude des affections syphilitiques pharyngo-nasales, par Gerber. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 4.) — Pharyngite syphilitique, par Casseday. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet.) — Rétrécissements multiples du pharynx d'origine syphilitique, par B. Fraenkel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 27, p. 625, 8 juillet.) — Sténose du pharynx, par Schiffers. (*Presse méd. belge*, 7 juillet.) — Quelques points de la pathologie et du traitement des affections du pharynx nasal, par Noland Mackenzie. (*New York med. Journ.*, 5 octobre.) — Traitement des inflammations de l'isthme du gosier par le salol, par Gouguenheim. (*Ann. mal. de l'or.*, septembre.)

Phosphaturie. — La phosphaturie, par Legendre. (*Union médic.*, 17 octobre.)

Photographie. — Chambre photographique à rhomboèdres pour prendre les images des cavités avec un seul objectif en même temps qu'on les regarde avec le miroir, par Hermann Cohn. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 34, p. 753, 26 août.)

Physiologie. — Traité de physiologie de L. Hermann. (9e édition augmentée, *Berlin.*)

Pied. — Dactylite hypertrophique symétrique du gros orteil, par Springer. (*Union médicale*, 7 juillet.) — Ostéome sous-cutané à la face plantaire du gros orteil; ablation; guérison, par Polaillon. (*Ibid.*, 17 août.)— Arthrectomie du pied avec extirpation temporaire de l'astragale, par Poulsen. (*Cent. f. Chir.*, 3 août.)—Du pied plat ou pied valgus acquis, par J. Young. (*New York med. Record*, p. 10, 6 juillet.) — Pied-bot équin varus hystérique, par Schaffer. (*N. York Acad. of med.*, 15 mars.) — Opération de Phelps, par Kirmisson. (*Gaz. hebd. de méd.*, 31 mai.)—Observation de pied bot osseux varus; ablation de l'astragale et du scaphoïde ankylosés; redressement, guérison, par Le Bec; rapport par Ed. Schwartz. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, p. 90.) — Double opération pour un pied-bot varus équin double, par Morton. (*Philad. Acad. of surgery*. 3 juin.) — Pied-bot varus équin, ablation de l'astragale et du scaphoïde ankylosés; ténotomie du tendon d'Achille, du jambier antérieur et de l'aponévrose plantaire, par Le Bec. (*France médicale*, 9 mai.) — Traitement chirurgical du pied-bot paralytique, par Vaslin. (*Bull. Soc. de méd. Angers*, 2e semestre 1888, p. 20.) — Redressement d'un pied-bot cicatriciel par l'ablation du calcanéum, par Cerné. (*Normandie méd.*, 1er septembre.)

Pityriasis. — Histologie du pityriasis rubra, par Tommasoli. (*Monats. f. prakt. Dermat.*,IX, n° 6.) — Pityriasis rosé de Gilbert, plaque initiale, concomitante d'une dilatation gastrique, par Feulard. (*Ann. de dermat.*, X, n° 8, p. 714.)

Placenta. — Anatomie fixe du placenta dans la grossesse extra-utérine, par Hart. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.) — Du placenta marginé, par Roncaglia. (*Ann. di ostet.*, août.) — Placenta double dans une grossesse simple, par Lugeol. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 2 juin.) — Sur la rétention placentaire, par Rémy. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Rétention du placenta causée par un gros thrombus de la vulve, par Chazan. (*Cent. f. Gyn.*, 27 juillet.) — Recherches cliniques et histologiques sur les infarctus du placenta, par Guillaume Rossier. (*Thèse de Bâle*, 1888.) — De la rotation partielle de l'œuf au début de la grossesse comme cause de placenta præ-

via, par SAWYER. (*Amer. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Diagnostic du placenta prœvia par la palpation abdominale, par HERBERT SPENCER. (*Trans. of obstet. Soc.*, XXXI, 3.)

Plaie. — Trois leçons sur les blessures par armes à feu, par G. FABIANI (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 308, juin.) — Coup de feu de l'avant-bras gauche ; séjour du projectile dans le rond pronateur; douleurs et troubles trophiques nécessitant l'enlèvement de la balle, par FERRIER. (*Gaz. méd. Paris*, 6 avril.)

Plèvre. — La pleurésie et l'épanchement pleurétique à un point de vue anatomo-physiologique, par JAMES. (*Edinb. med. Journ.*, septembre.) — Du diagnostic de la quantité des épanchements pleuraux, par H. RENDU. (*France medicale*, 25 mai.) — Frottement intra-pariétal simulant à la palpation le frottement pleural, par LITTEN. (*Berlin. klin. Wochens.*, n° 27, p. 623, 8 juillet.) — Pleurésie diaphragmatique, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 8 octobre.) — Pleurésie sèche tuberculeuse; guérison rapide par les onctions mercurielles, par M. LUZZATO. (*Sicilia medica*, p. 499, juin.) — Pleurésie droite aiguë ; traitement par la caféine; guérison rapide, par COMBY. (*France médicale*, 4 avril.) — Petit guide pour la ponction des épanchements de la plèvre et du péritoine, par B. NAUNYN. (*Strasbourg.*) — Contribution à l'étude de la pleurésie infectieuse primitive (pleurésie pneumococcienne), par G. SANARELLI. (*La Riforma medica*, 1, 2, 3 et 4 juillet.) — Des injections intra-pleurales dans les pleurésies infectieuses, par FERNET. (*Soc. méd. des hôpit.*, 12 juillet.) — Etiologie et diagnostic des pleurésies purulentes, par MARFAN. (*Gaz. des hôp.*, 31 août.) — Contribution à l'étude de la pleurésie purulente, par CASSEDEBAT. (*Soc. biol.*, 27 juillet.) — Note sur un cas d'empyème pulsatile, par MILLARD. (*Soc. méd. des hôpit.*, 28 juin.) — Empyème pulsatile ; opération d'Estlander ; fistule tardive, par FÉRÉOL. (*Ibid.*, 14 juin.) — Pleurésie purulente ancienne ; dyspnée et cyanose, par POTAIN. (*France médicale*, 26 mars.) — Pleurésie purulente gauche ; thoracentèses répétées, empyème dans le 10e espace intercostal, par DAVEZAC. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 mai.) — Empyème fétide dont le pus fourmillait de microbes; guérison après résection d'une côte cariée, par ERNEST MAYLARD. (*Brit. med. Journ.*, p. 77, juillet.) — Le traitement chirurgical de l'empyème, par MORISON. (*Edinb. med. Journ.*, août.) — De l'emploi du flacon aspirateur Bunsen pour l'extirpation des exsudats pleuraux et pour favoriser le déplacement des poumons à la suite de l'empyème, par STORCH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 460, 20 mai.) — Pleurésie d'emblée suppurative : intervention hâtive ; guérison, par CHAVANIS. (*Loire médic.*, 15 juillet.) — Costotomie avec pansement ouvert de la plèvre, par BUFFET. (*Normandie médic.*, 1er septembre.) — Réflexions sur les indications opératoires dans l'empyème chronique fistuleux, par DEFONTAINE. (*Rev. de chir.*, n° 6.) — Traitement de l'empyème par un tube valvulaire appliqué hermétiquement sur la poitrine, par W. WILLIAMS. (*Brit. med. Journ.*, p. 1107, mai.) — Association de la péricardite avec l'empyème ; des effets de l'incision de la cavité pleurale, par RICKMAN JOHN GODLEE. (*Practitioner*, janvier et février.) — Incision pleurale (empyème) en arrière, par TURAZZA. (*Cent. f. Chir.*, n° 37.) — Discussion de la Société des médecins de la Charité de Berlin, sur le traitement de la pleurésie purulente. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 31, p. 702, 5 août.)

Poumon. — Lieu de production du murmure vésiculaire, par DEHIO. (*Berlin klin. Woch.*, p. 435, 13 mai.) — Topographie du sommet des poumons étudiée par la percussion légère indispensable pour diagnostiquer les lé-

sions initiales du parenchyme, par G. Krœnig. (*Ibid.*, p. 809, 16 septembre. — Etiologie par le froid et étiologie parasitaire de la pneumonie aiguë, par Jaccoud. (*Gaz. des hôpit.*, 3 octobre.)—Etiologie et traitement de la fièvre pneumonique, par Smith. (*New York med. Record,* 18 mai.)—Recherches bactériologiques sur la pneumonie croupale, par Patella. (*Ann. Istit. d'igiene sper. Univ. di Roma,* vol. I., 1re série.) — Conditions physiques de la pénétration du pneumocoque et d'autres micro-organismes dans le poumon, par Meltzer, de New-York. (*Med. Monats.*, février.) — Des manifestations infectieuses extra-pulmonaires de la pneumonie ; contagiosité de la pneumonie, par Babbier. (*Gaz. méd. de Paris*, 1er juin.) — Symptomatologie et mortalité de la pneumonie franche (944 cas), par Mœllmann. (*Berlin. klin. Woch.*, 22 avril, 6 et 20 mai.) — Epidémie de pneumonie constance du streptocoque, par Finkler. (*Ibid.*, p, 435, 13 mai.) — Note pour servir à l'histoire de la pneumonie infectieuse, par Renault. (*Soc. des hôpit.*, 28 juin.) — Pelotons fibrineux bronchiques dans les crachats d'une pneumonie aiguë, par Reynolds. (*Lancet,* 16 novembre.)— L'extension lobulaire de la pneumonie croupale, par A. Petrone. (*Sicilia medica,* p. 513, juillet.) — La spléno-pneumonie, par Chéron. (*Union médicale*, 30 juillet.) — Pneumonie adynamique, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 26 septembre.) —Pneumonie franche suivie de panophtalmie, par Borel. (*Revue méd. Suisse romande,* IX, 381, juin.) — Contribution à l'étude des localisations secondaires du virus pneumonique (diplocoque de Fraenkel), par L. Vanni et U. Gabbi. (*La Riforma medica,* 14, 15, 16, 17 et 18 mai.) — Pneumonie suppurée; néphrite pneumonique ; mort, par Tisné. (*France medicale*, 17 janvier.) — Note sur 3 cas de pneumonie pour servir à l'histoire de la contagion de cette maladie, par Proby. (*Lyon médical*, 6 octobre.) — Diagnostic de la pneumonie aiguë, par E. Mansel Sympson. (*Practitioner,* 7 juillet.) — Sur deux cas de pneumonie franche aiguë, par Jaccoud. (*France médicale*, 23 juillet.) — De la pleuro-pneumonie contagieuse du cheval, par Cadéac. (*Lyon médical,* 1er septembre.) — Notes cliniques sur le traitement de la pneumonie, par G. Baccelli. (*La Riforma medica*, 24 et 25 mai.)—Action de la saignée générale dans la pneumonie, par Livierato. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 3.) — Influence de la saignée sur l'élimination de CO_2 par la respiration dans la pneumonie, par Livierato. (*Ibid.*) — Nécessité du traitement antiphlogistique au début de la pneumonie et de la pleurésie aiguës, par Peter. (*France médicale*, 20 juillet.) — Le calomel dans la pneumonie, par Pieragnoli. (*Sperimentale*, juillet.)—Sur le traitement de la pneumonie aigue, par Philippi. (*Münch. med. Woch.*, 16 juillet.)—Le traitement de la pneumonie par le peroxyde d'hydrogène, par Greene. (*New York med. Record,* p. 66, 20 juillet.) — Le traitement de la pneumonie par les bains tièdes ou froids, par Kreider. (*Ibid.*, p. 637, 8 juin.) — Traitement de la pneumonie par la vessie de glace, par Lees. (*Harveian Soc. of London* et *Lancet*, 2 novembre.) — De la quinine dans les inflammations du poumon, par F.-P. Atkinson. (*Practitioner*, juin.) — Abcès du poumon ; gangrène ; pneumotomie ; guérison, par Openchowski. (*Zeits. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.) — Cas d'abcès pulmonaire opéré par Favre. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 382, juin.) — Nouveau costotome ; résection des côtes pour le drainage d'un foyer pulmonaire, par Denison. (*Amer. med. Assoc.*, 27 juin.) — De l'abcès simple du poumon, par S. Jones. (*New York med. Record*, p. 469, 27 avril.) — Abcès du poumon ; paracentèse ; guérison, par Selby. (*Brit. med. Journ.*, 5 octobre.) — Plaie pénétrante du poumon par arme à feu de petit calibre ; troubles persistants de la vision, par de Molènes. (*Gaz. des hôpit.*, 31 août.) — Un cas d'épithélioma primitif du poumon à épithélium pavimenteux, par Grunwald. (*Münch. med. Woch*,, n° 32, 6 août.)

Poil. — De la trichofolliculite bactérienne; une forme non décrite d'alopécie, par MICHELSON. (*Verandl. d. deut. dermat. Gesel. Cong. de Prague*, p. 74.)— Périfolliculites suppurées agminées en placards, par LE CLERC. (*Normandie médic.*, 15 juin.) — De l'alopécie en aires, par BEHREND. (*Verandl. d. deut. dermat. Gesel. Cong. de Prague*, p. 74.)— Dernière réponse à M. Behrend à propos de lésions nerveuses et chute de poils, par MAX JOSEPH. (*Archiv f. path. Anat.*, CXVII, Heft 1.) — Un cas d'alopécie bactérienne, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 601, 1er juillet.)—Poil passé dans l'urine, par O'NEILL. (*Lancet*, 14 septembre.)

Pression. — Des troubles nerveux produits par les modifications brusques de la pression atmosphérique, par ARCANGELI. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma*, décembre 1888.)

Prostate. — Un cas de prostatite suppurée avec pyémie; étude sur les maladies des appareils d'excrétion, par HANAU. (*Beiträge zur path. Anat.*, IV, p. 505.)— Diagnostic et traitement de la prostatite chronique; par POSNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 460 20 mai.) — Discussion sur le traitement de la rétention d'urine par hypertrophie prostatique. (*Brit. med. Assoc.; Brit. med. Journ.*, 19 octobre.) — Hypertrophie de la prostate chez les sujets encore peu âgés, par TÉDENAT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 15.) — Traitement de l'hypertrophie de la prostate et de la cystite chronique, par FEHLEISEN. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 août.)—La prostate et la paroi postérieure de la vessie mises à nu par le périnée, par ZUCKERKANDL. (*Wiener med. Presse*, n° 21, p. 857.)

Psoriasis. — Combinaison de psoriasis et de purpura rhumatismal, par FORDYCE. (*Journ. of cutan. dis.*, octobre.) — Psoriasis et saturnisme caractérisant une hyperesthésie et une excitabilité anormale des muscles cervico-scapulaires, par LITTEN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 33, p. 742, 19 août.) — Nature et traitement du psoriasis, par BOULAY. (*Gaz. des hôp.*, 18 septembre.) — Leucoplasie buccale; épithélioma de la joue, par MAURANGE et FAGUET. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 2 juin.) — Sur un cas d'inoculation positive de psoriasis, par DESTOT. (*Province méd.*, 8 juin.)

Psychose. — L'activité inconsciente de l'esprit, par HÉRICOURT. (*Rev. scient.*, 31 août.)— Perception et illusion des sens, par EUGÈNE REHFISCH. (*Berlin.*) — Sur un cas d'impulsion ambulatoire, par SEMPLICI. (*Sperimentale*, septembre.) — Altérations musculaires dans les psychoses, par FÜRSTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 686, 29 juillet.) — De la mélancolie, par MENDEL. (*Ibid.*, p. 579, 24 juin.)

Ptomaïne. — Des ptomaïnes, par MILLER. (*Buffalo med. Journ.*, juillet.) — Alcaloïdes microbiens et physiologiques; ptomaïnes et leucomaïnes, par M. DE THIERRY. (In-8°, *Paris*.) — La typhotoxine de Brieger, par L. DE BLASI. (*Gazz. chimica italiana*, 1888.)

Puerpéral (État). — Epidémie de fièvre puerpérale, par PRADES. (*Osservatore*, n° 40.) — Les maladies puerpérales à la Maternité et à la clinique d'accouchement au Hanovre, par POTEN. (*Arch. für Gyn.*, XXXIV, 3.) — Mortalité et morbidité puerpérales à la clinique obstétricale de Bâle de 1868 à 1886, par WALTER HANDSCHIN. (*Thèse de Bâle*, 1888.)—Affections des femmes en couches par KEHRER. (*P. Müller Handbuch der Geburt.*, t. III.) — Bactériologie des affections puerpérales, par MIRONOW. (*Wratch.*, n° 30.) — Résultats des dernières recherches sur la septicémie puerpérale, par BUMM. (*Arch. für Gyn.*, XXXIV, 3.)— Nature des inflammations croupales, en particulier de l'état puerpéral, par STOCKTON. (*Buffalo med. Journ.*,

juillet.) — Pyémie puerpérale, par Richmond. (*New York med. Journ.*, 9 mars.) — Endocardite puerpérale tardive, mélanurie, par Labadie-Lagrave et Pilliet. (*Nouv. Arch. d'obstét.*, mai.) — Eclampsie puerpérale sans albuminurie, par S. Remy. (*Rev. médicale de l'Est*, n° 8, p. 231.) — Troubles pulmonaires non septiques d'origine puerpérale, par John Phillips. (*Brit. med. Journ.*, p. 1057, mars.) — Paralégie puerpérale, par Pilliet. (*Nouv. Arch. d'obstét. et de gyn.*, décembre 1888.) — Utérus, cœur et cerveau dans un cas de septicémie puerpérale, par Duncan. (*Trans. of obst. Soc.*, XXXI, 3.) — Traitement de la fièvre puerpérale, par A.-D. Leith Napier. (*Practitioner*, mars.) — Du traitement de la fièvre puerpérale par l'alcool, par A. Martin. (*Berlin. klinik*, n° 16.) — Les soins pour prévenir la septicémie puerpérale, par Wright. (*New York med. Record*, p. 74, 20 juillet.)— Troisième rapport sur la prophylaxie de la fièvre puerpérale, par Leopold. (*Arch. für Gyn.*, XXXV, 1.)

Purpura. — Rapports du purpura et des tumeurs malignes, par Harris. (*Med. Chronicle*, février.) — Un nouveau cas de purpura avec diminution considérable des plaquettes, par Denys. (*La Cellule*, V, 1.) — Traitement du purpura hemorragica par le nitrate d'argent, par V. Poulet. (*Bull. génér. de thérap.*, p. 453, 30 mai.)

Pyohémie. —Septo-pyohémie, par Chilton. (*North. Lancet*, n° 13.) —Curabilité de l'infection purulente, par Rose. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 505, 3 juin.) — Quelques cas de pyohémie; par Seydel. (*Münch. med. Woch.*, n° 25, p. 423, 18 juin.)

R

Rachis. — Un cas de soudure vertébrale incomplète, unilatérale de la 6e et de la 7e vertèbre cervicale, par Bianchi. (*Arch. per l'antropologia*, XIX, 1.) — Inégalité dans la longueur des membres inférieurs comme cause de scoliose, par Morton. (*Philad. med. Times*, 1er mars.) — Contribution à l'étude du traitement de la scoliose, par Hoffa. (*München. med. Woch.*, n° 26, 25 juin.) — Méthode de traitement des déviations latérales du rachis, par Richard Barwell. (*Intern. j. of surg.*, p. 137, juin.) — Fracture de la colonne dans la région cervicale, par Demias. (*Lyon méd.*, 13 octobre.) — Luxation des vertèbres cervicales, 5 cas, guérison sans opération, par Walton. (*Boston med. journ.*, 21 mars.) — Du mal de Pott, origine tuberculeuse et origine traumatique, par Kirmisson. (*Gaz. des hôp.*, 8 août.) — Double abcès du psoas consécutif à un mal de Pott, opération, par Gibney. (*N. York Acad. of med.*, 19 avril.) — Tumeurs de la région coccygienne adénome de la glande de Luschka et kyste par inclusion, par Vincent. (*Lyon méd.*, 6 octobre.)

Rachitisme. — Le rachitisme à Buffalo, par Irving Snow. (*New York med. Record*, p. 649, 15 juin.) — Statistiques des cas de rachitisme et de spasme de la glotte (12 cas sur 727) observés à la clinique de Kiel, par Alexander. (*Inaug. diss. Breslau*, 1888.) — Le traitement du rachitisme par le phosphore, par J. de Montmollin. (*Thèse Bâle*, 1888.)

Rage. — La rage, par Théodore Belval. (*Bruxelles.*) — Étude sémiologique et pathogénique de la rage, par Ferré. (*Acad. des Sciences*, 4 novembre.) — De la rage, par Welch. (*New York med. Record*, p. 548, 18 mai.) — Compte rendu des vaccinations prophylactiques et des expé-

riences faites à l'Institut antirabique de Palerme, par L. de Blasi et G. Russo-Travali. (Brochure in-8, *Palerme*, et *La Riforma medica*, 30 avril, 1er, 2 et 3 mai.) — Sur la transmission de la rage par voie nerveuse, par A. di Vestea et G. Zagari. (*Ann. Inst. Pasteur*, 25 mai.) — De la rage, par Roux. (*Tribune méd.*, 8 août.) — Note sur un cas de rage humaine, par Perré. (*Loire méd.*, 15 septembre.) — Cas de rage, par Miller. (*Brit. med. journ.*, 12 octobre.) — Sur la résistance du virus rabique à la putréfaction, par G. Russo-Travali et G. Brancaleone. (*La Riforma medica*, 31 mai.) — Sur les causes principales de l'atténuation du virus rabique, par Protopopoff. (*Cent. f. Bakteriol.*, VI, n° 5.) — Contribution expérimentale à l'étude de quelques questions pendantes au sujet de la rage, par Hœgyes. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, 25 août.) — Vaccinations contre la rage, avant et après infection, par Hœgyes. (*Ibid.*, 25 septembre.) — Des vaccinations pastoriennes, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 289, 15 avril.) — Remarques sur la prophylaxie de la rage par le traitement de Pasteur, par Ruffer. (*Brit. med. journ.*, 21 septembre.) — Note sur une épizootie de rage, expérience personnelle sur le traitement pastorien, par Adami. (*Brit. med. journ.*, 12 octobre.) — Recherches sur la vaccination antirabique, par Babès et Lepp. (*Annales Institut Pasteur*, 25 juillet.) — Les inoculations antirabiques, par J. Drzewiecki. (*New York med. Record*, p. 645, 15 juin.) — Deux cas de rage traités par l'inoculation préventive, par Lancereaux. (*Semaine méd.*, 6 novembre.) — Mémoire relatif à la rage, par Peyraud. (*Bull. Acad. de méd.*, 28 mai.)

Rate. — Recherches sur la quantité de fer contenue dans la rate et le foie des jeunes animaux, par L. Lapicque. (*Soc. biologie*, 20 juillet.) — Epaississement fibroïde de la capsule splénique, par Mickle. (*Brit. med. journ.*, 19 octobre.) — Un cas de rate flottante, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 33, p. 744, 19 août.) — Un cas de splénectomie, guérison, par Mas. (*Bol. del Inst. med. Valenciano*, janv.)

Rectum. — De l'importance de l'examen du rectum dans les assurances sur la vie, par J. Matthews. (*New York med. Record*, p. 79, 20 juillet.) — Rétrécissement du rectum guéri par l'électrolyse linéaire, par Fort. (*Gaz. des hôp.*, 26 septembre.) — Electrolyse dans le traitement du rétrécissement du rectum, par Newmann. (*Intern. journ. of surg.*, juillet, p. 157.) — Electrolyse dans le traitement des rétrécissements du rectum, par Newmann. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Traitement des rétrécissements du rectum, par Péan. (*Bull. méd.*, 13 novembre.) — Cancer du rectum, perforation de la vessie, par Moritz. (*München. med. Woch.*, n° 15, 9 avril.) — Cancer du rectum propagé à la vessie, par Caryophyllis. (*Soc. Anat.*, 14 juin, p. 439.) — Ablation par la méthode de Kraske d'un cancer élevé du rectum, avec formation d'un anus artificiel, par Joseph Samter. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 309, 8 avril.) — Extirpation partielle du rectum, par Ed. Salvia. (*La Riforma medica*, 3, 4 et 5 juin.)

Réflexe. — Sur un réflexe tendineux dit phénomène du pied, par Axenfeld. (*Archiv. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Note sur les réflexes tendineux du genou et en particulier sur la contraction réflexe successive, par Ch. Féré. (*Soc. biologie*, 27 juillet.)

Rein. — Sur certains cristaux que l'on trouve dans le noyau des cellules du rein et du foie, par Grandin. (*Archiv. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Deux cas d'anomalies rénales, par Lespinasse. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 2 juin.) — Kyste du ligament large, laparotomie, trajet anormal de l'uretère, par Wylie. (*N. York, obst. Soc.*, 18 décembre 1888.) — Anomalie des reins, par Poirier. (*Soc. Anat.*, p. 436, 14 juin.) — Reins conjugués. Ano-

malie rare des veines rénales, par Bertaux. (*Bull. méd. du Nord.*, n° 4, p. 159.) — Sur l'élimination de certains poisons morbides par les reins, Bouchard. (*Archiv. de phys.*, n° 4, octobre.) — Sur les fonctions du glomérule du rein; contribution à l'étude de l'albuminurie, par J. G. Adami. (*Practitioner*, avril.) — Des néphrites, par Bassi. (*Riv. clin. Archiv. ital. di clin. med.*, XXVIII, 3.) — La néphrite dans quelques maladies infectieuses, par Moritz Kahnt. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Affections rénales causées par les maladies des viscères pelviens, par Engelmann. (*Americ. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Note sur l'anatomie pathologique et la pathogénie des périnéphrites de cause rénale, par J. Albarran. (*Soc. biologie*, 29 juin.) — Développement, au cours d'une néphrite, des accidents de manie aiguë, par Drysdale. (*Brit. med. journ.*, p. 944, avril.) — Deux cas d'anurie. Contribution au diagnostic des maladies rénales, par G. Lipari et Piazza-Martini. (*Sicilia medica*, p. 439, juin.) — Pathologie de l'hydropine rénale, par Auld. (*Lancet*, 14 septembre.) — Du rein scrofuleux, par Iscovesco. (*Ann. de la tuberc.*, n° 2, juillet.) — De la gravelle expérimentale, par Ebstein et Nicolaier. (8e *Cong. de méd. interne*, *Wiesbaden*.) — Pyélonéphrite calculeuse, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 10 septembre.) — Pathologie et traitement des néphrites, par Rattone et Bozzolo. (2e *Cong. de méd. ital.*, *Rome*, 15 octobre.) — Hydronéphrose avec bouillie plâtreuse d'un rein simulant des circonvolutions cérébrales, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 33, p. 743, 19 août.) — Hydronéphrose et atrophie rénale résultant des troubles fonctionnels de la miction, par Edes. (*Med. News.*, 10 août.) — Sur un cas d'hydronéphrose acquise du rein gauche consécutive à un rétrécissement de l'uretère, par Lemoine. (*Lyon méd.*, 1er septembre.) — Hydronéphrose, suite de blessures sous-cutanées des reins, par Ernst Moser. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Pyonéphrose, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, septembre.) — Cas de tumeur de rein très superficielle (pyonéphrose), par Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 683, 29 juillet.) — Infiltration sarcomateuse d'un rein de cochon, par H. J. Hamburger. (*Achiv. f. path. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Néphrorraphie pour rein flottant, par W. Keen. (*Journ. Americ. assoc.*, 18 mai, p. 692.) — La fixation intrapéritonéale des reins mobiles, par J. A. Rosenberg. (*München. med. Woch.*, n° 50, 1888.) — Rein droit déplacé et douloureux chez un homme de 57 ans, néphrorraphie; guérison, par Terrillon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, août.) — Néphrotomie pour un calcul du rein, par Chadwick. (*Americ.*, *gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Pyélonéphrite tuberculeuse. Néphrotomie lombaire. Asphyxie et intoxication (perte de la connaissance et anémie double) chloroformiques; guérison, par Krœnlein. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 16, p. 497, 15 août.) — Des calculs du rein et de la néphrotomie, par Batut. (*Marseille méd.*, nos 4, 5, 6 et 7.) — Quatre cas de néphrolithotomie. par Fr. Imlach. (*Brit. med. journ.*, p. 1225, juin.) — Un cas de néphro-uretro-lithotomie avec remarques sur l'anatomie du tube du rein, par W. Torrey. (*Americ. journ. of the med. sc.*, p. 579, juin.) — Division de la capsule du rein pour le soulagement de la néphralgie, par Mac Lane Tiffany. (*Trans. of Americ. surg. Assoc.*, VII, p. 187.) — Pyélonéphrite, phlegmon périnéphrétique, fistule rénale. Néphrectomie; guérison, par Heurtaux. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 4, p. 314.) — Néphrectomie pour rein calculeux, par Ch. Monod. (*Ibid.*, XV, n° 5, p. 396.) — Sur une observation de néphrectomie pour néphrite suppurée, par Poisson. (*Ibid.*, XV, n° 6, p. 449.) — Quatre néphrectomies, par Clementi. (*La Riforma medica*, 9 mai.) — Rein kystique traité par la ponction, l'incision et le drainage, puis par l'extirpation totale; mort, par Frederich Page. (*Brit. med. journ.*, p. 1053, mai.) — De l'ablation du rein, par Terrillon. (*Bull. gén. de thér.*, p. 337, 30 avril.) — Pyélonéphrite, phlegmon périnéphré-

tique, fistule rénale, néphrectomie ; guérison, par HEURTAUX. (*Gaz. des hôp.*, 17 septembre.) — Sclérose et adénome des capsules surrénales, par PILLIET. (*Progrès médical*, 27 juillet.) — Tuberculose des capsules surrénales sans teinte bronzée des téguments, par R. VIRCHOW. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 382, 29 avril.) — Sarcome primitif des capsules surrénales, par PERRY. (*Brit. med. Journ.*, 5 octobre.)

Résection. — De la résection des os longs, par NEVE. (*Americ. journ. of med. science*, mars.) — Résection temporaire du maxillaire supérieur dans l'opération des polypes naso-pharyngiens, par SERVEL. (*Thèse Montpellier*, n° 9.) — Résection de la mâchoire supérieure avec parties molles respectées autant que possible, par HEUSNER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 8, p. 149.) — Arrachement du bras par une machine. Enucléation de la tête humérale. Résection de l'extrémité externe de la clavicule et ligature des vaisseaux sous-claviers ; guérison, par PERRIN fils. (*Revue méd. Suisse romande*, IV, 382, juin.) — Un cas de résection totale du coude, par JOHN JAY. (*Americ journ. of the med. sc.*, p. 371, octobre.) — Résection articulaire pour une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude en voie de suppuration avec ankylose dans une position vicieuse, par COPPENS. (*Bull. méd. du Nord*, n° 4, p. 150. — Nouveau procédé de résection du poignet, par EDW. THOMPSON. (*Brit. med. j.*, p. 129, juillet.) — Un mot sur la résection des articulations de la main, par LAUENSTEIN. (*Cent. f. Chir.*, n° 41, 12 octobre.) — Résection des deux hanches ; guérison, par BATTLE. (*Lancet*, 12 octobre.) — Résection du genou pour tuberculose, par GERSTER. (*Intern. journ., of surgery*, p. 162, juillet.) — De la suppression du drainage dans la résection du genou, par DEFONTAINE. (*Soc. de chir.*, XV, n° 3, p. 173.) — Résection de l'articulation du cou-de-pied, par NEVE. (*Edinb. med. journ.*, octobre.)

Respiration. — Centre expiratoire et expiration forcée, par ADUCCO. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — L'échange gazeux et le fonctionnement respiratoire des poumons sains et malades, par PICK. (*Zeits. f. klin. Med.*, XVI, p. 21 et 38.) — Sur les échanges respiratoires, par ODDI. (*Sperimentale*, août.) — Régulation par le système nerveux, des combustions respiratoires en rapport avec la taille de l'animal, par CH. RICHET. (*Acad. des sc.*, 29 juillet.) — Sur les effets respiratoires des excitations centrifuges du nerf vague, par LAULANIÉ. (*Soc. biologie*, 20 juillet.) — Recherches pour déterminer la manière dont se comporte la fonction respiratoire dans divers états morbides, par G. CAVALLERO et S. RIVA-ROCCI. (*Giornale Accad. di medic. Torino*, juin-juillet.) — La ventilation pulmonaire chez les hibernants, par RAPHAEL DUBOIS. (*Soc. biologie*, 13 avril.) — Sur la toxicité de l'air expiré, par RICHARD. (*Revue critique.*) (*Rev. d'hyg.*, XI, 338, avril.) — Sur la toxicité présumée de l'air expiré, par UGHETTI et G. ALONZO. (*La Riforma medica*, 8, 9, 10 et 11 juillet.) — Sur la présence de bases volatiles dans le sang et dans l'air expiré, par R. WURTZ. (*Soc. de biologie*, 14 janvier 1888.) — De la propagation des bruits respiratoires à la cavité gastrique et abdominale et de leur importance diagnostique, par GABBI. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.) — Sur la meilleure manière de faire les inspirations d'air libre ou comprimé, par CAVALLERO. (*Il Morgagni*, août.) — Respiration de l'air chauffé à 200°, par MOSSO et RONDELLI. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — De la valeur thérapeutique des mouvements respiratoires communiqués, par H. TAYLOR. (*New York med. Record*, p. 480, 4 mai.) — Appareil respiratoire avec un nouveau dispositif pour la ventilation de la chambre où s'accomplit la respiration, par M. NEMSER. (*Arch. für die gesammte Physiol.*, XLV, p. 284.)

Rétine. — Sur la continuité de l'épithélium pigmenté de la rétine avec les

segments externes des cônes et des bâtonnets et la valeur morphologique de cette disposition chez les vertébrés, par Dubois et Renaut. (*Acad. des Sciences*, 11 novembre.) — Sur la sensibilité de la périphérie de la rétine pour la lumière et pour les couleurs à l'état normal et dans quelques cas pathologiques, par Basevi. (*Ann. di ottalm.*, XVIII, 1 et 2.) — Sur la régénération totale de la rétine chez les tritons, par Griffini et Marchio. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — Colobome du tractus uvéal et de la rétine avec persistance de fibres à myéline, par R. Hilbert. (*Klin. Monatsbl. f. Augenh.*, avril.) — Un cas de phlébectasie de la rétine avec rétinite hémorragique du même œil, par Michaelson. (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, avril.) — Des lésions rétiniennes dans l'alcoolisme chronique, par Edmunds. (*Ophth. Soc. of the un. kingd.*, mars.) — Décollement rétinien par un exsudat fibrineux simulant un gliome de la rétine, par Gorecki. (*Bull. de la Soc. d'ophthalm. de Paris*, I, f°, p. 14.) — Contribution à l'étude du décollement de la rétine produit par les cysticerques, par G. Albertotti. (*Giornale Accad. di med. Torino*, juin-juillet.) — Trois cas de décollement de la rétine traités par la méthode de Schœler (injection iodée), par Dufour. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 387, juin.) — Cas de décollement de la rétine par suite de la présence d'un cysticerque, par S. Musillami. (*Sicilia medica.*, p. 550, juillet.) — Un cas de gliome de la rétine, par Rolland. (*Progrès médical*, 20 juillet.)

Rhumatisme. — Des idées actuelles sur l'étiologie du rhumatisme articulaire aigu, par Weber. (*New York med. Record.*, p. 238, 31 août.) — Le rhumatisme articulaire aigu ou fièvre rhumatismale, par Lancereaux. (*Union médicale*, 1er octobre.) — Sur la pathologie du rhumatisme chronique, par Delmas. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Rhumatisme articulaire généralisé et kérato-conjonctivite grave survenus à la suite d'un traumatisme de la paume de la main, par Fage. (*Journ. méd.*, *Bordeaux*, 12 mai.) — Nature et traitement mécanique du rhumatisme musculaire, par J. Schreiber. (*Deutsche med. Woch.*, n° 9, p. 174.)

Roséole. — Roséole suivie d'urticaire avec œdème des membres, par Picot, Lombard. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 438 et 439, juillet.) — Roséole, pemphigus aigu, pneumonie; mort, par Edmond Martin. (*Ibid.*, IX, 434, juillet.)

Rougeole. — Sur le diagnostic de la rougeole, par Sevestre. (*Semaine méd.*, 2 octobre.) — La rougeoles des adultes, par Casarelti. (*Riforma med.*, 5 septembre 1888.) — De la propeptonurie et de sa fréquence dans la rougeole, par Loeb. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 15.) — Ulcération de la corde vocale après la rougeole, par E. Holt. (*New York med. Record*, p. 693, 22 juin.) — Rougeole, amblyopie d'origine cérébrale, par Boucher. (*Soc. d'opht. de Paris*, I, 1, p. 63.) — Rougeole et varicelle ayant évolué simultanément chez le même sujet, par J. Comby. (*France méd.*, 22 juin.)

Rouget. — La pneumo-entérite des porcs, par V. Cornil et A. Chantemesse. (*Journ. de l'anat. et de la physiol.*, XXIV, 6e fasc.)

S

Salivaire (app.) — Essai sur la salive humaine et sur les propriétés physiogiques du sulfocyanate de potassium, par Florain. (*Gaz. méd. de Paris*, 6 juillet.) De l'origine des inflammations suppuratives des glandes salivaires,

par Hanau (*Beiträge zur pathol. Anat.*, IV, p. 485. — Un cas de fistule du canal de Sténon, par E. Guder. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 553, septembre.) — Calcul salivaire du canal de Sténon, extraction, guérison, par Radouan. (*Arch. méd. milit.*, septembre.) — Calcul salivaire; extraction; guérison, par P. Morelli. (*Rivista clinica e terap.*, p. 302, juin.) — Calcul salivaire, ablation, par Francis Clark. (*Brit. med.*, p. 943, avril.)

Sang. — Analyse spectrale du sang, par Linossier. (*Lyon méd.* 3 novembre.) — Contribution à l'étude de la coagulation du sang, par Hertig. (*Wien. med. Blätter*, n° 32, 1888.) — Sur la durée du spectre de l'hémoglobine oxycarbonée dans le sang en putréfaction, par Russo-Giliberti. (*Sicilia medica*, p. 564, juillet.) — Examen médico légal du sang humain, par Moncklon Copeman. (*Brit. med. j.*, p. 190, juillet.) — Sur la présence de pigments dans le sang en pathologie, par Pilliet, (*Tribune médic.*, 4 juillet.) — Influence de l'ascension à 300 mètres sur l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine, par Hénocque. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Sur l'hémine, par Axenfeld. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.) — De l'hématoporphyrine, par Mencki. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte.*, 15 mai 1888.) Mensuration des globules sanguins : règle globulimétrique, par Malassez. (*Soc. Biologie*, janvier.) — De l'alcalescence du sang dans les maladies, par Kraus. (*Berlin. klin.*, *Woch.* p. 459, 20 mai.) — Sur la restauration des globules du sang, par Rezzonico. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Progrès de l'anatomie pathologique et de l'étiologie des maladies infectieuses; étude clinique et histologique composée du sang, par Petrone. (*Sperimentale*, juillet.)

Sarcome. — Un cas de la soi-disant fièvre à rechutes chroniques d'Estein (sarcome rétropéritonéal, par G. Völckers. (*Berlin.*, *klin. Woch.*, p. 796, 9 septembre.) — Sarcomes cutanés multiples chez une femme de 28 ans, par Lewin. (*Ibid.*, p. 599, 1er juillet.)

Saturnisme. — Prophylaxie de l'intoxication saturnine chez les cerusiers, par Lavrand. (*In*-18, *Lille.*) — Lésions histologiques des reins, des muscles, du tube gastro-intestinal et du foie dans l'intoxication saturnine chronique, par Coen et d'Ajutolo. (*Zeigler's und Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anat.* III, 5,, p. 450.)

Scarlatine. — Note sur un pavillon d'isolement pour scarlatineux, construit à l'hôpital Trousseau et aux Enfants malades, par O. André. (*Revue d'hyg.*, XI, 613, juillet.) — Etude de la fièvre dans la scarlatine, par Reimer. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 1 et 2.) — Durée de l'incubation de la scarlatine, par Sorenven. (*Internat klin. Rundschau*, nos 6 et 7.) — Prophylaxie de la scarlatine, par Baümler. (*Münchener med. Woch.*, 1888, n° 42.) — Scarlatine irrégulière avec récidive de l'éruption, pemphigus gangrène et diathèse hémorragique. Guérison, par E. Trechsel. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 426, juillet.) — Récidives immédiates de scarlatine et de fièvre typhoïde, par Henoch, Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 577, 24 juin.) — Un cas de récidive de scarlatine, 12 jours après la première éruption, par Henoch. (*Ibid.*, p. 825, 16 septembre.) — Les infections secondaire dans la scarlatine, par Guinon. (*Rev. mens. des mal. de l'enf.*, septembre.) — Plaie et scarlatine, par Beaudoin. (*Normandie méd.*, 1er juillet.)

Sclérodermie. — Un cas de sclérodermie, par Lewin. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 682, 29 juillet.)

Scrofule. — De la scrofule, histoire et doctrines, par Amat. (*Montpellier*

méd., n° 8-12, 1888, 1 à 3, 1889.) — La scrofule et la mer, par Badaloni. (*Giorn. soc. ital. d'igiene* n° 3 et suiv.)

Septicémie. — L'accroissement de la civilisation rend-il l'apparition de la septicémie plus fréquente par Felkin. (*Edinburgh med. journ.*, août.) — Sur une nouvelle septicémie du lapin, par Lucet (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 août.) — Etude de la septicémie et du charbon, par Hoffa. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Septicémie gangreneuse, gazeuse, développée à la suite d'une plaie à la jambe par coup de couteau. Incision au thermo-cautère. Pansement au naphtol camphré. Antisepsie intestinale. Amputation de cuisse, guérison, par J. Reboul. (*France méd.*, 20 avril.)

Serpent. — Cas d'intoxication par morsure de vipère chez un enfant; guérison par injections phéniquées, par Frei. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte,* 18, p. 568, 15 septembre.) — Note sur un cas d'empoisonnement grave par le venin de la vipère suivi de guérison, par H. Callias. (*Journ. de méd. Paris.*) — Le traitement de la morsure de vipère par l'alcool à hautes doses, par J. Hawes. (*New York med. record*, p. 318, 21 septembre.) — Morsure de serpent à sonnettes, vue dix minutes après l'accident, guérison (bande d'Esmarch, injections veineuses d'une solution d'ammoniaque, par Memminger. (*Med. News*, 14 septembre.)

Sommeil. — Le sommeil naturel et le sommeil artificiel, par Witkowsky. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 725, 12 août.) — Traitement de l'insomnie, par Jastrowitz. (*Ibid.*, 8 juillet.) — Quelques expériences cliniques sur l'insomnie, par Edward N. Brush. (*Practitioner*, janvier.)

Strabisme. — De la détermination des déviations dans le strabisme, leur traitement par Stevens. (*Americ. med. assoc.*, 25 juin.) — Sur le strabisme, par Parinaud. (*Acad. des sc.*, 11 novembre.) — Etiologie du strabisme concomitant amétropique, par Prouff. (*Soc. franç. d'opht. Bull. méd.* 18 août.) — Le strabisme comme cause de céphalalgie et de névralgie, par A. Ranney. (*New York med. record*, p. 673, 22 juin.) — Quelques ténotomies pour la correction du strabisme, par D. Webster. (*N. York med. journ.*, n° p. 7.)—Avancement musculaire par Cross. (*Brit. med. journ.*, 21 septembre.) — Ténotomies partielles dans un cas de neurasthénie avec insuffisance des muscles oculaires, par Standish. (*Americ. opht. soc.*, 18 juillet.) — Le traitement non chirurgical du strabisme convergent, par Gardner. (*Americ. med. assoc.*, 25 juin.) — Traitement du strabisme, par Kalt. (*Soc. de méd. prat.*, 24 octobre.)

Sucre. — De l'action physiologique et diurétique des sucres, par Dujardin-Beaumetz. (*Soc. de thér.*, 23 octobre.) — Recherches sur la sucrase, par Fernbach. (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 septembre et 25 octobre.) — Influence du jeûne sur le glycogène du foie et des muscles, par V. Aducco. (*Giorn. della R. Accad. di medic. di Torino.*, n°s 4-5.)

Sueur. — Bons effets de l'acide camphorique contre les sueurs phtisiques, par Senator. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 824, 16 septembre.)

Surdi-mutité. — La surdi-mutité et les sourds-muets devant la loi, par Lannois. (*Broch. Lyon.*)

Suppuration. — Du processus de suppuration et de ses métastases, par Rinne. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Maladie pyocyanique, arthropathies expérimentales, par Charrin et Babinski. (*Soc. Anat.*, 12 juillet. p. 468.)

Synoviale. — Synovite de la gaine des fléchisseurs guérie par l'incision, par DELORME. (*Bull. Soc. de chir.*, XIV, n° 6, p. 441.)

Syphilis. — Les médecins atteints de syphilis peuvent-ils continuer la pratique de leur art, par NEISSER. (*Cent f. Chir.*. n° 39, 28 septembre.) — Les syphilitiques hors la loi, par DIDAY. (*Lyon méd.*, 22 septembre.) — Cas de réinfection syphilitique, par RAZUMOFF. (*Med. obosrénié*, n° 21.) — Obs. de syphilis après le tatouage, 12 cas, par BARKER. (*Brit med. journ.*, 4 mai.) — Epidémie de syphilis par le tatouage, 5 cas, WHITEHEAD. (*Ibid.*, 14 septembre.) — Chancre induré du sein droit, par CHEMINADE. (*Union méd.*, 1er août.) — La syphilis des nourrices, par MOREL LAVALLÉE. (*Gaz. des hôp.* 29 août.) — De la syphilis par conception, par FOURNIER. (*France méd.*, 2 février.) — L'ulcère vénérien chronique, par G. PESCIONE. (*La Riforma medica*, 19 avril.) — Syphilis héréditaire, par BONNAUD. (*Lyon méd.*, 6 octobre.) — Syphilis héréditaire tardive, par d'HEILLY. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 14 juin.) — Syphilis héréditaire transmise après deux générations, par KING. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — De l'hérédo-syphilis, par FOURNIER. (*Union méd.*, 6-13-18-27 juin, 4-11-27 juillet.) — Ce que l'on sait du mode de transmission de la syphilis héréditaire, par ARDUIN. (*Raccoglitore med.*, n° 7.) — Syphilis héréditaires débutant par des symptômes nerveux, par CASPARY. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 602, 1er juillet.) — Pseudo-paralysie syphilitique des membres supérieurs chez un enfant de 6 semaines, par H. FALKENHEIM. (*Ibid.*, p. 787, 2 septembre.) — Syphilis héréditaire, sarcocèle syphilitique, par COMBY. (*Ann. de dermat.*, X, n° 8, p. 706.) — Syphilis, aliénation mentale et paralysie générale, par MOREL-LAVALLÉE. (*Gaz. des hôp.*, 19 octobre.) — La syphilis du système nerveux, par GOWERS. (*Il Morgagni*, avril.) — Cérébrosyphilose avec prédominance des phénomènes paralytiques, par CH. MAURIAC. (*Journ. de méd. Bordeaux.* 6 octobre.) — Diagnostic et pronostic des cérébro-syphiloses, par MAURIAC. (*Gaz. des hôp.*, 1er octobre.) — De la syphilis médullaire précoce, par GILBERT et LION. (*Arch. gén. de méd.*, octobre.) — Deux cas de syphilis avec ataxie locomotrice survenant brusquement ; mort des malades par paralysie générale, par BERNHARDT. (*Berlin. klin. Woch.*, nc 26, p. 598, 1er juillet.) La syphilis du cœur, par LANG. (In-8° *Vienne.*) — Cœur syphilitique, myocardite chronique interstielle gommeuse, par STRAVINO. (*Progresso med.*, 1er septembre.) — Sur un cas de syphilis pulmonaire, par POTAIN. (*France méd.*, 2 mars.) — La syphilis et l'œil, par ALEXANDER. (*Wiesbaden.*) — Sur une forme particulière de gommes palpébrales, par F. DE LAPERSONNE. (*Bull. méd. du Nord*, p. 123, mars.) — Gommes syphilitiques anormales du gosier multiples et indurées, par ROYER. (*Ann. de dermat.*, X, nos 8-9.) — Foie ficelé chez une syphilitique, par MORAX. (*Soc. Anat.*, 28 juin, p. 445.) — Syphilis et paludisme, par LEPERS. (*Thèse de Lille.*) — — Tumeur gommeuse simulant une rupture musculaire, par SCOTT, (*Brit. med. journ.*, 5 octobre.) — Syphilides localisées prodromiques, par KLOTZ. (*Journ. of cutan. dis.*, septembre.) — Des adénopathies syphilitiques anormales, par BRUNELLE. (*Thèse de Lille.*) — Recherches sur la syphilis tertiaire ; échéanches du tertiarisme ; quantité et fréquence comparée des diverses manifestations qui constituent le tertiarisme, par FOURNIER. (*Arch. gén. de méd.*, septembre.) — Des manifestations viscérales de la syphilis héréditaire, par CASPARY. (*Verhandl. d. deut. dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 297.) — Du traitement de la syphilis en Bosnie et en Herzégovine, par GLUK. (*Ibid.*, p. 311.) — Action des préparations non solubles de mercure en injections, par LESSER. (*Ibid.*, p. 314.) — Direction générale du traitement de la syphilis, par FOURNIER. (*Gaz. des hôp.*, 10 septembre.) — L'état actuel du traitement de la syphilis, par O. LASSAR. (*Deutsche med. Woch.*, n° 6, p. 105.) — Sur le traitement actuel de la

syphilis, par L. Jumon. (*France méd.*, 28 mai.) — Traitement rationel de la syphilis primaire, par Wilson. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.) — Les injections de calomel dans le traitement de la syphilis oculaire, par Parisotti. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. Ospedali di Roma*, aout.) — Du traitement de la syphilis par les injections de thymate et de salicylate de mercure, par Wellander. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 4.) — Des antiseptiques locaux propres au traitement de la syphilis, par Hallopeau. (*Union médicale*, 8 octobre.) — Présentation de deux enfants syphilitiques. Traitement hydrargyrique prolongé, par Dubrisay. (*Union médicale*, 6 juillet.) — Traitement de la syphilis par l'eau chromée, par Güntz. (*Prager med. Woch.*, 18 septembre.) — Clinique syphiliographique de St-Mandrier ; traitement des accidents secondaires, par Fontan. (*Arch. de méd. navale*, octobre.) — Sur le traitement des ulcères vénériens par le sozoidol de potassium, par Szadek. (*Wiener med. Blätter*, n° 24.) — Syphilis et iodure à haute dose, par Moncorgé. (*Lyon méd.*, 8 septembre.) — Traitement de la syphilis oculaire, par Parisotti. (*Soc. franc. d'opht. Bull. méd.*, 18 août.)

T

Tabac. — Amblyopie par le tabac, par Connor. (*Amer. med. Assoc.*, 25 juin.) — De l'influence du tabac sur la santé de l'homme, par Ritchen. (*New York med. record*, p. 459, 27 avril.)

Tænia. — Tænia dans la cavité péritonéale d'un singe, par Courmont. (*Lyon méd.*, 6 octobre.) — Traitement des tænias et du botriocéphale, par Perroncito. (*Giorn. R. Accad. di medic. Torino*, n°s 4 et 5.)

Teigne. — Étude clinique et étiologique sur le favus, par Fabry. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 4.) — Cultures de favus, par Jadassohn. (*Verhandl. d. deut. dermat. Ges.*, *Cong. de Prague*, p. 77.) — Nature de la pelade. Discussion de la Société des médecins de Zurich. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 8, p. 244, 15 avril.) — De la pelade, par W. Dubreuilh. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 21 juillet.) — De la nature de la pelade et des antiseptiques propres à son traitement, par Hallopeau. (*Union médicale*, 5 septembre.) — Sur le sycosis, par Unna. (*Münchener med. Woch.*, n° 24, 11 juin.)

Température. — Sur les élévations thermiques d'origine cellulaire, par Charrin. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Recherches expérimentales sur les causes de l'exagération vespérale de la température normale, par Maurel. (*Gaz. méd. de Toulouse*, 20 avril.) — L'abaissement de la température chez l'homme après perte de la sensibilité pour le froid et le chaud, suggérée dans l'état hypnotique, par J. Marès et B. Hellich. (*Soc. biologie*, 15 juin.) -- Une élévation de température de 44°,9 cent. Guérison, par Lorentzen. (*Cent. f. klin. Med.*, 17 août.) — De l'influence des hautes températures dans quelques maladies aiguës, par Stein. (*Thèse de Paris*, 31 octobre.) — Influence de la température du corps sur quelques processus fébriles, par Rovighi. (2e *Cong. de méd. ital. Rome*, 15 octobre.) — Expériences cliniques avec le thermomètre métallique d'Immisch, par L. Kuttner. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 637, 15 juillet.)

Tendon. — De la tuberculose des gaines synoviales tendineuses, par Wallich. (*Gaz. des hôp.*, 21 septembre.) — Résection du tendon d'Achille, par

WYETH. (*Internat. journ. of surg.*, p. 161, juillet.) — Réparations tendineuses, par PONCET. (*Bull. méd.*, 4 septembre.)

Testicule. — Quelques anomalies du testicule, par LEVEN. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 7.) — La tunique vaginale préexiste-t-elle au testicule dans le scrotum, par ROY. (*Écho méd.*, 6 juillet.) — Considérations pratiques sur le traitement des orchi-épididymites, par JULLIEN. (*France méd.*, 22 janvier.) — De l'hydrocèle péritonéo-vaginale ou hydrocèle congénitale, par FAURE. (*Gaz. des hôp.*, 15 août.) — Sur l'hydrocèle en bissac, par SCHMIDT. (*Münch. med. Woch.*, n° 20, 14 mai.) — Hydrocèle du cordon spermatique chez un homme de 48 ans, par E. KUMMER. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 375, juin.) — Note sur l'opération de l'hydrocèle, par CRÉQUY. (*Gaz. des hôp.*, 25 juillet.) — Opérations d'hydrocèle par la méthode de Volkmann. Histoire et réflexions, par S. LO GRASSO. (*Sicilia medica*, p. 533, juillet.) — Traitement de l'hydrocèle vaginale avec les injections pures d'acide phénique, par HELFERICH. (*Therap. Monats.*, p. 97, mars.) — Cure radicale de l'hydrocèle par l'excision du sac, par SOUTHAM. (*Lancet*. 26 octobre.) — Traitement de l'hydrocèle avec ou sans épaississement de la tunique vaginale, par VERNEUIL. (*Gaz. des hôp.*, 22 août.) — Sur le moyen de rendre encore plus simple et plus innocente la cure radicale de l'hydrocèle, par A. SCARENZIO. (*Comptes rendus Instit. lombard de Milan*, vol. XXI, fasc. 8.) — Abcès du testicule. Vaginalite suppurée consécutive. Castration, par VIGNEROT. (*Soc. anat.*, p. 486, 19 juillet. — Ectopie testiculaire inguinale sous-cutanée avec hernie. Cure radicale et castration. Guérison, par NICAISE. (*Rev. de chir.*, p. 922, 1888.) — Une question importante relative à la castration, par MISURACA. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 2 et 3.) — Des effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré des testicules frais de cobaye et de chien, par BROWN-SÉQUARD. (*Soc. Biologie*, 15 juin.) — Remarques au sujet de la communication de Brown-Séquard sur les effets du liquide testiculaire, par DUMONTPALLIER. (*Ibid.*, 15 juin.) — Seconde et troisième notes sur les effets produits chez l'homme par des injections sous-cutanées d'un liquide retiré des testicules frais de cobaye et de chien, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, 15 et 22 juin.) — Remarques à l'égard de la réclamation de M. Conan relative aux effets du liquide testiculaire, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, 22 juin.) — Trois expériences sur l'action physiologique du suc testiculaire injecté sous la peau, suivant la méthode de Brown-Séquard, par VARIOT. (*Ibid.*, 29 juin.) — Remarques à l'occasion du travail de M. Variot, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, 29 juin.) — Expérience démontrant la puissance dynamogénique chez l'homme d'un liquide extrait des testicules d'animaux, par BROWN-SÉQUARD. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre,) — Du rôle physiologique et thérapeutique d'un suc extrait de testicules d'animaux, d'après nombre de faits observés chez l'homme, par BROWN-SÉQUARD. (*Ibid.*, n° 4, octobre.) — Etude expérimentale sur les injections de Brown-Séquard, par LOOMIS. (*N.-York med. Record*, 24 août.)

Tétanie. — Remarques sur la tétanie, par FRANKL-HOCHWART. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLIV, p. 426.) — Tétanie, par STEWART. (*Assoc. of americ. phys.*, 18 septembre.) — *Idem*, par CARPENTER. (*Ibid.*) — Contractions idiopathiques ou tétanie dans l'enfance et le jeune âge, par LEWIS SMITH. (*N.-York County med. Assoc.*, 17 juin.)

Tétanos. — Sur la pathogénie du tétanos dans les régions tropicales, par FONTAN. (*Gaz. hebd. de méd.*, 21 juin.) — Étiologie du tétanos, par J. LUMNICZER. (*Wien. med. Presse*, n° 10, p. 381.) — Étiologie du tétanos, par WIDENMANN. (*Med. Corresp.-Bl. d. Würtemb. Aerztl.*, LIX, n° 8.) —

Idem, par LUMNICZER. (*Pester med. chir. Presse*, n° 12.) — Sur le tétanos, par KITASATO. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Notes bactériologiques sur un virus tétanigère, par E. PARIETTI. (*La Riforma medica;* 27 et 28 mai.) — Action des sucs digestifs sur le virus tétanique, par SORMANI. (*Ibid.*. 22 et 23 avril.) — Recherches sur l'étiologie du tétanos, par G. TIZZONI et G. CATTANI. (*Ibid.*, 18 et 26 juin.) — Sur la diffusion du virus tétanique dans l'économie, par G. TIZZONI et G. CATANI. (*Ibid.*, 12 juillet.) — Troisième communication sur l'étude bactériologique du tétanos, par BELFANTI et PESCAROLO. (*Ibid.*, 22 avril.) — Quatrième communication sur le même sujet, par LES MÊMES. (*Ibid.*, 5 juillet.) — Sur les caractères morphologiques du bacille de Rosenbach et Nicolaier (bacille du tétanos), par G. TIZZONI et G. CATTANI. (*Ibid.*, 29 mai, et *Giorn. della R. Accad. di méd. di Torino*, n°s 4 et 5.) — De l'infection, de l'intoxication et de la toxi-infection à propos du tétanos, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Journ. de med. Paris*, 15 janvier.) — Un cas de tétanos, par JAMIESON. (*Lancet*, 12 octobre.) — *Idem*, par REES. (*Ibid.*, p. 741.) — Un cas de tétanos après une ovariotomie, par TABER JOHNSON. (*Boston med. journ.*, p. 67, 18 juillet.) — Tétanos céphalique avec paralysie faciale, par LANNOIS. (*Lyon méd.*, 10 novembre.) — Traitement du tétanos par la greffe palustre, par P. B. BOSSANO. (*Soc. biologie*, 6 juillet.)

Thérapeutique. — Traité de pathologie et de thérapeutique médicales, par TH. VON JÜRGENSEN. (2e édition augmentée. *Leipzig.*) — Leçon sur les relations qui existent entre la structure chimique du médicament et leur action physiologique, par LAUDER BRUNTON. (*Brit. med. Journ.*, p. 1274, juin.) — La matière médicale exotique, par FÉRIS. (In-8°, *Paris.*) — De l'action des médicaments contre la putréfaction intestinale, par STEIFF. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.) — Sur les nouveaux hypnotiques et analgésiques; discussion à la Brit. Assoc. (*Brit. med. Journ.*, 2 novembre.) — Le bromhydrate d'hyoscine comme hypnotique, par POTTER. (*Buffalo med. Journ.*, septembre.) — Valeur de l'hyoscine comme calmant, par COLMAN et TAYLOR. (*Lancet*, 12 octobre.) — De l'hyoscine comme moyen hypnotique et calmant, par SCHLEUSSNER. (*Inaug. Diss. Strasbourg*, 1888, et *Centralbl. f. klin. Med.*, n° 25.) — De quelques applications thérapeutiques de chlorhydrate d'hyoscine, par MAGNAN et LWOFF. (*Soc. biologie*, 6 juillet.) — L'habitude de la cocaïne, par LUFF. (*Lancet*, 21 septembre.) — Succédanés de l'opium dans les maladies chroniques, par ADAMS, (*Assoc. of americ. phys.*, 18 septembre.) — Note sur l'emploi de la paraldéhyde dans le délire et l'insomnie, par E. MANSEL SYMPSON. (*Practitioner*, juillet.) — Le sulfonal, par E. EGASSE. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 210, 15 mars.) — Du sulfonal, par FIELD. (*Therap. Gaz.*, 16 septembre.) — Sur l'action du sulfonal, par JOACHIM. (*Therap. Monats.*, mai.) — Le sulfonal contre les sueurs nocturnes, par BŒTTRICH (*Med. Press and Circular*, 2 octobre.) — Contribution à l'étude de l'action du sulfonal dans les maladies mentales, par L. LOJACONO. (*Sicilia medica*, p. 345, mai.) — Le somnal, par BOYMOND. (*Soc. de thérap.*, 23 octobre.) — Influence de l'helléborine et de la digitale sur la petite circulation, par OPENCHOWSKI. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 460, 20 mai.) — A propos de la strophantine, par A. CATILLON. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 181, 28 février.) — Des nouveaux diurétiques végétaux : pichi, fleurs de fève, chimaphila nuchellata, par EGASSE. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 342, 30 avril.) — Étude thérapeutique de l'hysterionica baylahuen, par G. BAILLI. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 150, 28 février.) — Le calomel comme diurétique, par ROMME. (*Tribune méd.*, 8 août.) — Des applications thérapeutiques actuelles de la pilocarpine, par ANSELM VOEGTLE. (*Thèse Berne*, 1888.) — Action physiologique et thérapeutique de l'atropine dans les maladies cardio-vasculaires, par

RUMMO. (2e *Cong. de méd. ital. Rome,* 15 octobre.) — Le calha edulis, par EGASSE. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 août.) — Des propriétés thérapeutiques de la colchicine, par ABADIE. (*Union médicale*, 22 août.) — Le chimaphila umbellata (herbe à pisser), son action diurétique, par ALCET. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 64, 30 juillet,) — Action physiologique et valeur thérapeutique de l'apocynum cannabinum, par MURRAY. (*Therap. Gaz.*, 16 septembre.) — Valeur diététique et thérapeutique de la noix de Kola, par R. H. FIRTH. (*Practitioner*, juillet.) — L'usage et l'abus des nouveaux antipyrétiques, par HUMPHREYS. (*Practitioner*, septembre.) — De l'antipyrine, par RICHARDSON. (*Lancet*, 19 octobre.) — Traitement de l'énurésie par l'antipyrine, par PERRET et DEVIC. (*Province méd.*, 29 juin.) — Valeur comparative de l'antipyrine, l'antifébrine et la phénacétine comme antipyrétiques, par CROMBIE. (*Practitioner*, octobre.) — Recherches expérimentales sur l'action biologique de l'antisepsine ou paramonobromo-acétanilide, par V. CHIRONE. (*Il Morgagni*, janvier, avril et mai.) — Une année d'emploi de l'acétanilide dans la pratique pédiatrique, par LOVE. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Action physiologique de la thalline, ses contre-indications thérapeutiques, essai de chimie biologique appliquée à la thérapeutique; par ROBIN. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Sur l'action thérapeutique du phényluréthane, par L. SANSONI. (*Giorn. Accad. di med. Torino*, juin-juillet.) — Des nouveaux analgésiques. Leur application au traitement des maladies du système nerveux, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. gén. de thérap.,* p. 337, 30 octobre.) — Sur la méthylacétanilide (exalgine), par P. HEPP. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 351, 30 octobre.) — L'acide salicylique et le salicylate de soude, par CHÉRON. (*Union médicale*, 9 juillet.) — Sur la composition des fleurs de fève, par ADRIAN. (*Bull. gén. de thérap.*, n° 323, 15 avril.) — Nouvelles recherches sur l'action de la saccharine, par CONSTANTIN PAUL. (*Bull. Acad. de méd.*, 30 juillet.) — Les tænicides nouveaux, par EGASSE. (*Bell. gén. de thérap.*, p. 113, 15 août.) — Expériences sur le mode d'action de la glycérine en lavements, par CARL LÜDERITZ. (*Berlin. klin. Woch.,* p. 283, 1er avril.) — Lavements de glycérine, par FRAENKEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 580, 24 juin.) — Valeur thérapeutique des inhalations d'oxygène, par W. GILMAN THOMPSON. (*Practitioner,* août.) — Usages thérapeutiques de l'oxygène, par GYURKOVECHKY. (*Wien. med. Presse*, n° 25, p. 1030.) — De la méthode des pesées continues. Déductions et applications à la thérapeutique et à l'hygiène, par STACKLER. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juillet.)

Thrombose. — Thrombose de la mésentérique inférieure, par ADENOT. (*Lyon méd.*, 29 septembre.) — Thrombose des artères cérébrales chez un tuberculeux, par BARTH. (*France méd.*, 5 mars.) — Un cas de thrombose autochtone de la carotide gauche, par TH. PROSKAUER. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde*, n° 16, 15 août.) — De la thrombose hyaline, par KRŒNIG. (Les globules rouges y prennent part et la substance hyaline est protéiforme.) (*Berlin. klin. Woch.*, p. 806, 9 septembre.) — Sur la suppuration du thrombus. Observations anatomo-pathologiques et recherches expérimentales, par B. PERNICE. (*Sicilia medica*, p. 451, juin.) — Sur la métastase des tumeurs par embolie capillaire, par W. ZAHN. (*Archiv f. path. Anat.,* CXVII, Heft 1.) — Un cas d'infarctus hémorragique très étendu de l'intestin à la suite de processus thrombo-embolique de l'artère mésentérique supérieure, par R. ALTMANN. (*Ibid.,* CXVII, Heft 1.)

Thorax. — De l'espace semi-lunaire, par RODAIS. (*Union médicale*, 12 septembre.) — Néoplasmes primitifs du médiastin antérieur, par LETULLE. (*Semaine méd.*, 18 septembre.) — Sarcome du médiastin, par MALLET. (*Soc. anat.*, p, 447, 28 juin.)

Thyroïde. — Nouvelles expériences sur la fonction du corps thyroïde chez les chiens, par J. Rich. Ewald. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 320, 15 avril). — Accroissement de l'excitabilité électrique des nerfs après l'ablation du corps thyroïde chez le chien, par Schultze. (*Ibid.*, p. 845, 23 septembre.) — Répartition du goître dans le canton de Berne, par T. Kocher. (*Berne.*) — Sur les tumeurs intra-thoraciques développées aux dépens de la glande thyroïde, par Osler. (*Med. News*, 7 septembre.) — Deux cas de tumeurs malignes du corps thyroïde, par Procter S. Hutchinson. (*Brit. med. journ.*, p. 128, juillet.) — Du cancer du corps thyroïde, par Orcel. (*Thèse de Lyon*, n° 474.) — De la cachexie pachydermique dans ses relations avec la physiologie de la glande thyroïde, par Romme. (*Tribune méd.*, 27 juin.) — Traitement électrolytique du goître kystique, par Ingalls. (*New-York med. Record*, 6 juillet.) — Traitement du goître par les injections interstitielles d'iode, par Terrillon. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 241, 30 septembre.) — De l'excision partielle des goitres, par J. Wolff. (*Berlin. klin Woch.*, p. 314, 8 avril.) — Kyste du lobe droit du corps thyroïde. Thyroïdectomie partielle, guérison, par J. Reboul. (*Soc. anat.*, p. 483, 19 juillet.) — Goître annulaire constricteur (épithéliome du corps thyroïde); thyroïdectomie totale; tétanie; cachexie strumiprive passagère, par P. Berger. (*France méd.*, 30 avril.) — Sur la thyroïdectomie partielle, par Audry. (*Gaz. méd. Paris*, 12 octobre.) — Tumeur polikystique du corps thyroïde. Thyroïdectomie, par Tillaux. (*Tribune méd.*, 4 juillet.) — Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow, par Janeway. (*New-York County med. Assoc.*, 17 juin.) — Nécessité d'élargir le cadre symptomatique de la maladie de Basedow, par Kahler. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 15.) — Parallèle entre la maladie de Basedow et l'hystérie. Observations, par Dumolard. (*Dauphiné méd.*, juillet.)

Trachée. — Sur la physiologie de la trachée, par Nicaise. (*Acad. des sc.* 7 octobre.) — Les ulcérations non traumatiques de la trachée, par Valette. (*Gaz. des hôp.*, 10 août.) — Sur le mode de formation des rétrécissements des voies respiratoires sur les enfants trachéotomisés, par W. Fleiner. (*Archiv f. path. Anat.*, CXVI, Heft 1.) — Trachéotomie pour le croup chez les enfants, par Robert Jenny. (*Thèse Bâle*, 1588.) — Statistique et indications de la trachéotomie dans la diphtérie et le croup, par Cnopf. (*Münch. med. Woch.*, 9 avril.) — De la trachéotomie chez le vieillard et dans le cancer du larynx, par Pollosson. (*Province méd.*, 8 juin.) — Trachéotomie et laryngotomie expéditives, avec les trachéotomes du Dr Jacolot. (In-8°, p. 191, *Lorient.*) — Des injections intra-trachéales d'huile créosotée, par Dor. (*Rev. de méd.*, octobre.)

Traumatisme. — Contribution à l'étude des traumatismes industriels. Le coup de poulie, par Butruille. (*Bull. méd. du Nord*, n° 5, p. 251.)

Trépanation. — De la trépanation, par Goodhue. (*Internat. journ. of surg.*, p. 203, septembre.) — Remarques et faits cliniques relatifs à l'opération du trépan, par Triéry. (*Gaz. méd. Paris*, 24 août.) — Fracture avec enfoncement du frontal. trépanation, guérison, par Huselton. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 857, 15 juin.) — Fracture du frontal. Apathie et humeur chagrine. Trépanation pour extraire les esquilles et désinfecter la plaie. Guérison, par Kroenlein. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 16, p. 408, 15 août.) — Fracture esquilleuse compliquée du frontal et des os du nez. Trépanation, par Schwarz. (*Idem.*) — Trépanation dans les fractures du crâne, par Zeidler. (*Wien. med. Presse*, n° 25, p. 1032.) — Aphasie traitée par la trépanation, par Mouisset. (*Lyon méd.*, 6 octobre.) — Alcoolisme; quelques crises épileptiformes depuis cinq ans; chute;

coma; puis aphasie complète, avec légère hémiplégie droite. Trépanation. Guérison des accidents consécutifs à la chute par suite de l'ouverture d'un hématome de la dure-mère, par R. Lépine. (*Bull. Acad. de méd.*. 6 août.) — Trépanation pour épilepsie, guérison, résection consécutive de l'orifice trépané, par Williamson et Jones. (*Brit. med. Journ.*, 26 octobre.) — Trépanation de l'articulation sacro-iliaque, par Mayo Collier. (*Lancet*, 19 octobre.)

Tuberculose. — Répartition topographique de la tuberculose en Allemagne, par Finkelnberg. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 434, 13 mai.) — Recherches cliniques et statistiques sur la phtisie pulmonaire par Wilhelm Frey. (*Thèse Zurich*, 1888.) — Les variétés de phtisie pulmonaire, par Harris. (*Lancet*, 16 novembre.) — Tuberculose aiguë par auto-infection, par Thompson et Drysdale. (*Brit med. Journ.*, p. 131, juillet.) — Phtisie pulmonaire chez le mari et la femme, cas probable de contagion, par Drysdale. (*Ibid.*, 14 septembre.) — Epidémie de phtisie pulmonaire (contagion par les crachats dans un bureau, 15 décès en quatre ans), par Marfan. (*Semaine méd.*, 23 octobre.) — La diffusion de la tuberculose par la contagion, par Cosgrove. (*Med. Press and Circular*, n° 47.) — Sur la communication de la tuberculose des animaux domestiques à l'homme, par Playter. (*Canada Lancet*, n° 21, 1888-1889.) — La tuberculose est-elle inoculable par la vaccine, par Peiper. (*Internat. klin. Rundschau*, n°s 1 et 2.) — Deuxième note sur un nouveau bacille tuberculeux trouvé chez un bœuf, par J. Courmont., (*Soc. biologie*, 20 juillet.) — Combien de temps une vache peut-elle être tuberculeuse avant que le lait devienne nuisible pour l'alimentation, par Ernst. (*Assoc. of amer. phys*,, 20 septembre.) — Recherches expérimentales sur le degré infectieux des viandes de bœuf tuberculeuses, par Kastner. (*Münch. med. Woch.*, n° 24.) — Recherches expérimentales sur le pouvoir infectieux de la viande de vaches tuberculeuses, par Kastner. (*Münch. med. Woch.*, n° 34, 20 août.) — De la tuberculose considérée aux points de vue spéciaux de la police sanitaire et de l'hygiène alimentaire, par Arloing. (*Cong. de méd. vétér.; Bull. méd.*, 4 septembre.) — Du crachat tuberculeux, notes microscopique et chimique, par Devoto. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 3.) — Sur la recherche du bacille de la tuberculose dans les crachats par Gueit. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.) — Culture du bacille de la tuberculose sur la pomme de terre par Barusby. (*Ann. de microg.*, mai.) — De la présence du bacille tuberculeux à la surface du corps des phtisiques, par di Mattei. (*Ann. Istit. d'igiene sper. Univ. di Roma*, vol. I, sér. 2.) — De l'unité de la phtisie et de la tuberculose, par Huber. (*Med. News*, 6 juillet.) — Pathologie expérimentale de la tuberculose, par Löte. (*Orvosi Hetilap*, n° 34.) — La tuberculose chez les reptiles, par Sibley. (*Arch. de méd. expér.*, n° 5, septembre.) — Recherches récentes sur la tuberculose, par L. Jumon. (*France méd.*, 15 juin.) — Du rapport des métiers à poussière avec la phtisie pulmonaire, par B. Canfield. (*New-York med. Record*, p. 61, 20 juillet.) — Note sur 24 cas de tuberculose miliaire aiguë, par Munro. (*Med. News*, 20 juillet.) — Rapports entre la tuberculose du cerveau et de ses membranes et les traumatismes craniens, par Adolf von Salis. (*Thèse Berne*, 1888.) — Transformations des signes physiques dans le cours de la tuberculose pulmonaire, par Grancher. (*Bull. méd.*, 3 novembre.) — De la tuberculose pneumonique, par Jaccoud. (*France méd.*, 9 juillet.) — Abcès gazeux de la paroi thoracique communiquant avec les bronches chez un tuberculeux, par Riedel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 824, 16 septembre.) — Dysphagie occasionnée chez un tuberculeux par le gonflement des ganglions bronchiques avec formation d'une fistule trachéo-œsophagienne, par Jul. Heddaeus. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 800 et p. 821, 9 et 16 septembre.)

— Tuberculose du péricarde et des ganglions bronchiques, par Ch. Tower. (*Boston med. journ.*, p. 56, 18 juillet.) — Tuberculose à début pulmonaire et à forme apoplectique. Propagation au larynx, au pharynx, aux amygdales, aux ganglions carotidiens. Tuberculose intestinale concomitante, par Caryophyllis. (*Soc. anat.*, p. 500, 26 juillet.) — Contribution à l'étude de la tuberculose intestinale chez l'homme, par N. Tchistovitch. (*Ann. Inst. Pasteur,* 25 mai.) — Tuberculose ganglionnaire ayant évolué sous les apparences d'une leucémie fébrile, par Askanazy. (*Ziegler's und Nauwerk's Beiträge zur pathol. Anat.*, Band III, Heft 4, p. 411.)—Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales, par Le Clerc. (*Gaz. méd. Paris,* 21 septembre.) — Tuberculose du genou, par V. Gibney. (*Internat. journ. of surgery,* p. 134, juin.) — Influence prophylactique du tabac chiqué sur la phtisie pulmonaire, par Cock. (*Texas Courrier rec. of med.*, n° 6.) — Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire, par Fürst. (*Deut. med. Zeit.*, n° 76.) — Possibilité d'établir la tolérance pour le bacille tuberculeux, par Dixon. (*Med. News,* 19 octobre.) — La prophylaxie de la tuberculose, par Wilson. (*Amer. med. Assoc.,* 26 juin.) — Sur la prophylaxie de la tuberculose, par Villemin. (*Bull. Acad. de médec.*, 30 juillet.) — Institutions pour le traitement de la phtisie pulmonaire aux Etats-Unis, par Kretzschmer (*Med. News*, 7 septembre.) — Voyage au grand air comme méthode de traitement et de prophylaxie de la phtisie, par Bowditch. (*Med. News,* 28 septembre.) — Les diverses médications nouvelles de la tuberculose, par Chéron. (*Union médicale*, 27 août.) — Sur le traitement de la phtisie pulmonaire, par Wilson. (*Med. News*, 31 août.) — Le traitement de la phtisie pulmonaire, par Ruck. (*Therap. Gaz.*, 15 août.) — Traitement hygiénique de la tuberculose, par Sollmann. (*Rev. d'hyg. thérap.*, août.) — Du traitement antiparasitaire de la tuberculose pulmonaire en 1888, revue, par Wesener. (*Cent. f. Bakter.*, n° 10 et suiv.) — Le traitement de la phtisie pulmonaire dans les hautes montagnes ; nature des troubles nutritifs qui prédisposent les sommets des poumons à la maladie, par A. Volland. (*Leipzig.*) — Le traitement climatérique de la consomption, par Niles. (*New-York med. Record*, p. 122, 3 août.) — De la cure d'air d'altitude combinée avec la cure thermale du Mont-Dore dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par Em. Edmond, (*Bull. gén. de thérap.*, 30 mai.) — L'alimentation dans le traitement de la consomption, par S. Solis Cohen. (*Amer. med. Assoc.*, 26 juin.) — Les nouveaux procédés d'inhalations dans le traitement de la phtisie, par Lazarus. (*Deut. med. Woch.*, n° 8, p. 153.) — Traitement de la phtisie pulmonaire par l'air surchauffé, par Kohlschutter. (*Rev. d'hyg. thérap.*, août.) — Le traitement de la tuberculose pulmonaire, par l'air surchauffé, par Weigert. (*Ibid.*, octobre.) — Sur la respiration de l'air chauffé à 200° avec l'appareil de Weigert, par Mosso et Rondelli. (*Riv. clin.; Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 3.) — Les inhalations d'air chaud dans la tuberculose pulmonaire, par Robertson. (*Southern Branch of Brit. med. Assoc.*, 27 juin.) — Un cas de phtisie pulmonaire guéri par l'appareil de Krull (inhalation d'air chaud humide), par Lahusen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 501, 3 juin.) — Traitement de la phtisie par l'air surchauffé, par Bowie. (*Lancet*, 14 septembre.) — L'acide fluorhydrique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Ampugnani et Sciolla. (*Riv. clin. Arch. ital. di clin. med.*, XXVIII, 2.) — Note sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, par Tisné. (*France médicale,* 16 juillet.) — Administration de hautes doses de créosote dans la tuberculose bacillaire, par Georg. (*Physic. and surgeon,* n° 8.) — De l'usage de la créosote dans la phtisie, par Newcomb. (*New-York med. Record*, p. 145, 10 août.) — Traitement intensif

de la tuberculose pulmonaire par le guaïacol et la créosote du hêtre, par Bourget. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* n° 10, p. 298, 15 mai.) — De l'usage du thymol dans la phtisie, par Philipowitsch. (*Vratsch,* nos 48 et 49, 1888.) — L'acide phénique et le bacille de la tuberculose, par Filleau. (*Ann. de la tuberc.*, n° 2, juillet.) — Action du baume du Pérou contre le développement du bacille tuberculeux, par Brautigam et Nowack. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 24.) — Recherches cliniques sur le traitement de la tuberculose par la créoline, par Migzakis. (*Galenos*, n° 26.) — Les pulvérisations biiodo-mercuriques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par Diamantberger et Spivacoff. (*Ann. de la tuberc.*, n° 2, juillet.) — Un cas de phtisie pulmonaire traitée par les injections parenchymateuses de solution iodée (40 injections en 90 jours, amélioration considérable), par C. Forlanini. (*Il Morgagni*, juin.) — Traitement des affections osseuses et articulaires tuberculeuses par les injections parenchymateuses d'iodoformol, par Wendelstadt. (*Cent. f. Chir.*, n° 38, 21 septembre.)

Tumeur. — Sur quelques cas rares de métastase des tumeurs (estomac, ovaires, amygdales), par W. Zahn. (*Archiv f. path. Anat.*, CXVII, Heft 1.) — Tumeur sous-cutanée de l'aisselle droite chez une fillette de 10 ans, indolente, constatée seulement depuis six semaines et pouvant être attribuée à ce que l'enfant portait souvent des corps lourds sous ce bras, par Martel. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 4, p. 273.)

Typhoïde (Fièvre). — Du rôle étiologique de l'eau potable dans les épidémies de typhus, par Henrijean. (*Ann. de micrographie*, II, p. 401.) — La fièvre typhoïde, l'embarras gastrique fébrile et la distribution d'eau de Seine à Paris, par Chantemesse. (*Semaine méd.*, 21 novembre.) — Recherches expérimentales sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Rachford. (*Med. News,* 26 octobre.) — Sur le bacille de la fièvre typhoïde, par L. Olivier. (*Soc. Biologie*, 29 juin.) — De l'importance de la température dans la détermination des espèces microbiennes en général, et spécialement du bacille typhique, par A. Rodet. (*Ibid.*, 29 juin.) — Sur la culture du bacille de la fièvre typhoïde dans les eaux des égoûts, par L. Olivier. (*Ibid.*, 6 juillet.) — Des méthodes de recherche du bacille typhique dans l'eau, par Bartoschewitsch. (*Wratch*, n° 50, 1888.) — Etiologie de la fièvre typhoïde au Havre, par Gibert. (*Revue d'hyg.*, XI, 618, juillet.) — Nos connaissances actuelles sur l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Caillé. (*N.-York med. Journ.*, p. 62, 19 janvier.) — L'épidémie de fièvre typhoïde à Meiringen en 1880 au point de vue étiologique, par H. Versin. (*Thèse Berne,* 1888.) — La dernière épidémie de fièvre typhoïde à Berlin, par Fuerbringer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 605, 8 juillet.) — Note sur une petite épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison de Reims, par Weill et Cliquet. (*Union méd. et scient. du Nord-Est*, n° 13.) — Recherches du bacille typhique, par L. Heim. (*Münch. med. Woch.*, n° 24, 11 juin.) — Etude sur la fièvre typhoïde, par Bourgeois. (*Bull. gén. de thér.*, n° 24.) — Sur la mortalité dans la fièvre typhoïde, par Bourgeois. (*Bull. gén. de thér.*, p. 301, 30 octobre.) — La mortalité de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris, par Merklen. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 août.) — Rapport sur 16 cas de fièvre typhoïde, par Tarbox. (*N.-York med. Record*, p. 209, 24 août.) — Forme sudorale incomplète de la fièvre typhoïde, par Boucher. (*Normandie médic.*, 15 juillet.) — Deux cas de fièvre typhoïde durant la grossesse, par Jaggard. (*Journ. of amer. med. Assoc.*, p. 711, 18 mai.) — Fièvre typhoïde chez une femme préalablement atteinte d'endocardite ancienne, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp.*, 5 novembre.) — Note sur un cas de fièvre typhoïde chez une enfant de 11 mois, par

H. Leroux. (*France méd.*, 16 août.) — Fièvre typhoïde arrêtant temporairement le développement de cysticerques multiples, par Kahler. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 26, p. 602, 1er juillet.) — Fièvre typhoïde contractée en Algérie, compliquée de phlébite précoce et d'accès fébriles intercurrents avec frissons et sueurs, bains froids. Guérison, par Leclerc. (*Lyon méd.*, 27 octobre.) — Trois cas de phlébite consécutive à la fièvre typhoïde, par Da Costa. (*Med. News*, 7 septembre.) — Des suites de la fièvre typhoïde, déterminations laryngées et stomacales, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 22 octobre.) — Fièvre typhoïde, perforation, guérison, par Branson. (*Lancet*, 2 novembre.) — Note sur une éruption spéciale du mamelon chez une vache laitière, coïncidant avec une épidémie de fièvre typhoïde chez les consommateurs du lait, par A. Anderson. (*Brit. med. Journ.*, p. 465, août.) — Phlegmon (cellulite) du cou, étendu au sommet du poumon, suite de fièvre typhoïde, par Harrison. (*Lancet*, 16 novembre.) — Prophylaxie et traitement de la fièvre typhoïque, par Burt. (*N.-York med. Journ.*, p. 227, 2 mars.) — Fièvre typhoïde et bains froids, par Cochez. (*Rev. gén. de clin.*, 8 août.) — Des affusions froides comparées aux bains dans le traitement de la fièvre typhoïde, par Bataille. (*Bull. Soc. méd. Rouen*, 17 juin.) — Lavages du colon dans la fièvre typhoïde, par Buchman. (*New-York med. Record*, 28 septembre.) — L'emploi de l'antipyrine comme traitement rationnel de la fièvre typhoïde, par C. Giorgieri. (*L'Osservatore, Gazzetta medica di Torino.*) — La naphtaline comme traitement de la fièvre typhoïde, par Petteruti. (*Giorn. intern. delle scienze med.*, fasc. 10, 1888.)

U

Ulcère. — Traitement des ulcères de jambe, par Gertrude Kelly. (*Internat. J. of surgery*, septembre, p. 213.) — Traitement des ulcères de jambe, par Coe. (*N.-York med. Journ.*, p. 155, 9 février.)

Urémie. — De la stomatite urémique, par Barié. (*Arch. gén. de méd.*, oct.)

Urètre. — Sur la sensibilité de l'urètre chez l'homme, par Guyon. (*Arch. de phys.*, n° 4, octobre.) — Les maladies de l'urètre et de la prostate, par Güterbock. (In-8°, *Vienne.*) — De l'urétrite postérieure, par Jadassohn. (*Verhandl., d. deut. dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 172.) — Sur la régurgitation de pus de la partie postérieure de l'urètre dans la vessie, par Finger. (*Ibid.*, p. 189.) — Des avantages du nitrate d'argent dans les affections de l'urètre profond, par G. Brewer. (*Internat. J. of surgery*, p. 155, juillet.) — Quelques aphorismes sur le traitement du rétrécissement urétral, par Stein. (*N.-York med. Record.*, p. 565. 25 mai.) — Résumé d'une expérience de dix-sept ans dans l'opération de la dilatation de l'urètre avec urétrotomie, par Otis. (*Ibid.*, p. 57, 20 juillet.) — Le facteur essentiel des rétrécissements, son influence au point de vue de la cure radicale, par Bryson. (*Journ. of cutan. dis.*, août.) — Leçons cliniques sur les rétrécissements de l'urètre et leur traitement par Rivington. (*Lancet*, 14 septembre.) — Electrolyse dans le traitement des rétrécissements de l'urètre, par Daywalt. (*Occidental med. Times*, janvier.) — L'électrolyse dans les rétrécissements de l'urètre, par Monot. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, octobre.) — Urétrotomie externe pour deux rétrécissements, cathétérisme rétrograde avec taille hypogastrique, guérison, par Delefosse. (*Ibid.*, septembre.) — L'imperméabilité des rétrécissements urétraux d'après les données cliniques et son

traitement par le cathétérisme rétrograde suivant la méthode de Ruggi, par E. Micheli. (*La Riforma medica*, 20, 21, 22 et 23 mai.) — Urétrotomie externe pour rétrécissement traumatique, par G. Perkins. (*Boston med.*, 18 juillet, p. 62.) — Rétrécissement de l'urètre, gangrène partielle du corps caverneux, urétroplastie, par Guermonprez. (*Gaz. des hôp.*, 22 octobre.) — Cas d'urétroplastie, par Langenbuch. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 290, 1er avril.) — De la création d'un urètre contre nature (cystostomie sus-pubienne) dans les rétentions d'urine d'origine prostatique, par Ant. Poncet. (*Lyon méd.*, p. 217, 10 février.) — Section complète de l'urètre et des téguments du pénis par une ficelle. Réparation de la difformité par deux opérations autoplastiques. Guérison, par Le Dentu. (*Bullet. Soc. de Chir.*, XV, n° 3, p. 195.) — Fibromyome de l'urètre, par Tillaux. (*Ann. de gynéc.*, septembre.) — Un nouvel urétrotome, par A. Carpentieri. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 403, août.)

Urinaires (Voies). — La chirurgie des organes génito-urinaires à l'Exposition de 1889, par Delefosse. (*Ann. mal. or. gén. urin.*, août.) — Névroses uro-génitales réflexes provoquées par un état morbide des voies urinaires, par Misiewicz. (*Centralblatt f. klin. Med.*, n° 21.) — L'incontinence d'urine chez les jeunes filles et les femmes, par Sims. (*Americ. Journ. of obstet.*. septembre.) — Tuberculisation de l'appareil urinaire, abcès périnéphrétique. Néphrectomie. Mort, par Dumur. (*Journ. de médec. Bordeaux*, 16 juin.)

Urine. — L'examen chimico-microscopique de l'urine au point de vue de ses principales altérations morbides, par O. Puhlmann et J. Borntraeger. (*Berlin*, 1890.) — Étude microscopique de l'urine au point de vue des sédiments organisés, par M. Wendriner. (*Allg. med. Central. Ztg.*, n° 8.) — Urologie de la fièvre intermittente et de la paralysie agitante, par Chéron. (*Union médicale*, 19 oct.) — L'urine dans les névroses, par Peyer. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 341.) — Séméiotique diagnostique de l'urine, par Rosenfeld. (*Breslau.*) — Sur quelques points intéressants au sujet de la présence du sucre dans l'urine, par Ord. (*Brit. med. Journ.*, 2 nov.) — Du sucre normal dans les urines, par Gaube. (*Gaz. médic. Paris*, 17 août.) — Recherches du sucre dans l'urine au moyen de la liqueur cupro-potassique, par Yvon et Berlioz. (*Arch. de méd. expér.*, n° 15, septembre.) — Pastilles de Fehling pour la recherche du sucre dans l'urine, par Boymond. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, octobre.) — Recherches sur l'amylase de l'urine, par E. Dubourg. (*Annales Instit. Pasteur*, 25 juin.) — Présence de maltose dans l'urine dans un cancer secondaire du pancréas, par Fried. van Ackeren. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 293, 8 avril. — De quelques corps réducteurs des liqueurs cupro-potassiques dans les urines des oxycrasiques, notamment de l'aldéhyde et de la lactose, par Gaube. (*Soc. Biologie*, 1er juin.) — Un cas d'indigurie (présence de l'indigo dans l'urine), par Kahler. (*Prager med. Wochenschr.*, 1888, n° 50.) — Recherches sur la fréquence avec laquelle le plomb se rencontre dans l'urine, par James J. Putnam. (*Assoc. of amer. phys.*, 20 septembre.) — Recherche de l'iodoforme dans les urines, par Choay. (*Soc. de méd. prat.*, 3 octobre.) — Sur l'élimination du phénol par les urines, par L. Mazzenga. (*Rivista clinica e terapeutica*, p. 400, août.) — Sur l'élimination du calcium par les urines, par L. Toralbo. (*Ibid.*, p. 289, juin.).

Urticaire. — Urticaire aiguë fébrile accompagnée de troubles laryngés, par Cayla. (*Cong. int. de dermat.*) — Urticaire pigmentaire et urticaire menstruelle gonorréique, par Pick. (*Verhandl. d. deut. dermat. Gesels. Cong. de Prague*, p. 276.) — Urticaire et aphonie passagère par piqûre d'abeille à la joue, par Legiehn. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, p. 787, 2 septembre).

— Traitement de l'urticaire chronique au moyen de l'antipyrine, par NITOT. (*Journ. de médec. Paris*, 15 février.) — Nouveau cas d'urticaire chronique nerveuse traitée avec succès par l'antipyrine, par NITOT. (*Ibid.*, 1er juillet.) — Urticaire menstruelle avec coliques abdominales; coexistence d'ovarite et de salpingite blennorragiques. Double salpingo-ovariotomie. Disparition de l'urticaire, par SCHAUTA. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 601, 1er juillet.)

Utérus. — Terminaison des vaisseaux utéro-placentaires, par BUMM. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 648, 15 juillet.) — De l'action des préparations salicylées sur l'utérus gravide, par WACKER. (*Inaug. Diss. Wurtzbourg.*) — De la congestion pelvienne opposée à l'inflammation pelvienne, par GORDON. (*Americ. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Absence complète de l'utérus, par HAMAKER. (*N.-York med. Journ.*, 2 février.) — De l'atrophie de l'utérus, par W. THORN. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVI, 1.) — Atrophie de l'utérus et des ovaires, par L. KLEINWÆCHTER. (*Ibid.*, XVII, 1). — Des modifications physiques et psychiques de l'organisme après l'ablation des ovaires et de l'utérus, par GLÆVECKE. (*Arch. für Gyn.*, XXXV, 1. — Thérapeutique intra-utérine, par M. P. JACOBI. (*Amer. Journ. of obst.*, mai, juin, juillet.) — Traitement local chez les femmes vierges, par GEHRUNG. (*Ibid.*, septembre.) — Leucorrhée. Son traitement médical et chirurgical, par RALPH WALDO. (*Intern. J. of surgery*, juin, p. 129.) — De l'endométrite. Son traitement, par TERRILLON. (*Bull. génér. de thérap.*, p. 97, 15 août.) — Sur deux cas d'endométrite hémorragique, par BOGDON. (*Bull. Soc. des méd. de Jassy*, novembre, décembre 1888.) — Du traitement des endométrites, par GRANDMAISON. (*Gaz. des hôp.*, 22 octobre.) — Endométrite et curage, par RICHELOT. (*Ann. de gynéc.*, 22 octobre.) — A propos du curage de l'utérus, par MONTAZ. (*Dauphiné méd.*, août, n° 8.) — Endométrite aiguë. Paramétrite. Curettage et écouvillonnage. Guérison, par CHEVALIER ET ROLLAND. (*La Loire médic.*, 15 avril.) — De l'endocardite tuberculeuse chronique, par JOUIN. (*Bull. et mém. Société obst. et gyn.*, mars.) — Trachélorraphie intermédiaire, par BOLDT. (*Amer. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Ulcérations du col de l'utérus, par TERRILLON. (*Bull. méd.*, 6 novembre.) — Traitement des déchirures du col utérin (pratique de Goodell), par ADLER. (*N.-York med. Journ.*, p. 232, 2 mars.) — Suture au catgut pour la cure des déchirures du col d'après la méthode d'Emmuet, par MEINERT. (*Wien. med. Presse*, n° 8, p. 294.) — Périmétrite séreuse antérieure simulant un sarcome de l'ovaire, par DORAN. (*Transact. of obst. Soc.*, XXXI, 3.) — Le massage de l'utérus, par NORSTRÖM. (In-8°, Paris.) — Du traitement des affections de l'utérus, par le massage de Brandt, par FEHLING. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 8, p. 233, 15 avril.) — Traitement des maladies des femmes par le procédé de Thure Brandt. (*Wien. med. Presse*, p. 775, n° 19.) — La méthode de Thure Brandt pour le traitement des affections sexuelles de la femme, par L. FELLNER. (*Vienne.*) — Inflammations péri-utérines, par MANGIN. (*Marseille médical*, nos 3 et 4, p. 167 et 237.) — Hématométrie, par DUBRUEIL. (*Rev. de chir.*, 10 août.) — De l'hématométrie, par GROSS. (*Philad. county med. Soc.*, 11 septembre.) — Pronostic et traitement de l'hématocèle péri-utérine, par OZENNE. (*Bull. méd.*, 6 octobre.) — Étude de la salpingite catarrhale, par MANGIN. (*Marseille méd.*, n° 7, p. 414.) — Salpingite tuberculeuse, par TERRILLON. (*Arch. de tocol.*, août.) — Double salpingite purulente, par RICHELOT. (*Bullet. Soc. de Chir.*, XV, n° 5, p. 385.) — Salpingite suppurée, par MÉNÉTRIER. (*Soc. anat.*, 12 juillet, p. 472.) — Étiologie de la salpingite, par EBERTH et KALTENBACH. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVI, 2.) — Quelques points du diagnostic différentiel de l'oophoro-salpingite, en particulier avec l'entérocèle adhésive, par DOLÉRIS. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, août.) — Pyosalpingite, par RICHELOT. (*Semaine méd.*, 4 septembre et

Union méd., 3 octobre.) — Hématosalpingite, par CULLINGWORTH. (*Transact. of obstet. Soc.*, XXXI, 3.) — Métrite aiguë, salpingite, par WYLIE. (*Intern. J. of surg.*, juillet, p. 164.) — Leçons sur la pyosalpingite, par TAYLOR. (*Lancet*, 21 septembre.) — 12 salpingo-ovariotomies, par la méthode de Lawson Tait, par G. NOVARO. (*Giornale R. Accad. di medic. Torino*, nº 4-5.) — Des collections sanguines de l'utérus et du vagin dans le cas d'imperforation du vagin et de la salpingotomie, par LEOPOLD. (*Arch. f. Gyn.*, XXXIV, 3.) — De la salpingotomie dans l'hématosalpinx, par FULD. (*Ibid.*, XXXIV, 2.) — De l'ouverture du pyosalpinx au dehors, par J. VEIT. (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, XVI, 2.) — Salpingectomie double, complications, 3 laparotomies en quatre jours, guérison, par JACOBS. (*Arch. de tocol.*, octobre.) — Traitement opératoire des abcès des ligaments larges, par BAUMGAERTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 34, p. 751, 26 août.) — 2 cas d'hydropisie tubaire traités par salpingotomie (ouverture artificielle pratiquée dans la trompe oblitérée, au lieu de faire la salpingectomie), par SKUTSCH. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 30, p. 685, 29 juillet.) — Rupture de la trompe de Fallope, par THORNTON. (*Transact. of obst. Soc.*, XXXI, 3.) — Tumeur kystique du ligament large opérée par la méthode de Kraske, par HOCHENEGG. (*Soc. des méd. de Vienne*, 22 février.) — Inversion utérine datant de seize mois; réduction, guérison, par W. NEWMAN. (*Trans. of the obst. Soc.*, XXXI, 2.) — Relations pathologiques des déplacements de l'utérus, par ERN. HERMAN. (*Brit. med. J.*, p. 1213, juin.) — Traitement chirurgical des déplacements en arrière de l'utérus, par POLK. (*Americ. gyn. Soc.*) — Des rapports de la déviation utérine dans la grossesse, par MARTIN, (*Ibid.*, 17 septembre.) — Des modifications de la méthode de Thure Brandt pour le traitement du prolapsus utérin, par SIELSKI. (*Wiadom. lekarski.* nº 5, 1888.) — Colpo-vulvo-périnéorraphie dans le prolapsus de l'utérus, par VASLIN. (*Bull. Soc. de méd. d'Angers*, 2e semestre 1888, p. 94.) — Du traitement des déplacements et des déviations utérines par le raccourcissement des ligaments ronds; opération d'Alquié Alexander, par SCHWARTZ. (*Rev. de chir.*, octobre.) — Note sur les ligaments ronds de l'utérus et l'opération d'Alexander, par DEBIERRE et DUTILLEUL-PELTIER. (*Bull. méd. du Nord*, p. 102, mars.) — L'opération d'Alexander, nouvelle méthode de fixer les ligaments ronds, par CARPENTIER. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin. — Prolapsus de l'utérus. Hystérorrhaphie, par ELISABETH CUSHIER. (*Intern. J. of surgery*, juin, p. 136.) — Prolapsus de l'utérus; de la soi-disant élongation hypertrophique de la portion sus-vaginale du col, par ADLER. (*Med. News*, 3 août.) — De la ventro-fixation de l'utérus rétrofléchi, par KÜSTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, nº 30, p. 685, 29 juillet.) — Rétroflexion de l'utérus, hystéropexie, par BROWN. (*Lancet*, 2 novembre.) — Sur un cas de ventro-fixation ou utéropexie, par POLAILLON. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, nº 1, p. 66.) — Extirpation de l'utérus et résection du vagin contre le prolapsus, par ASCH, (*Arch. f. Gyn.*, XXXV, 2.) — Rapports des vaisseaux maternels avec les espaces placentaires intermédiaires avec villosités, spécialement à propos des infarctus blancs, par CARL ROHR. (*Thèse Berne*, 1888.) — De la vascularisation fœtale de la caduque décrite par Ruge, par WENZISLOWA WOLSKA. (*Thèse Berne*, 1888.) — Hémorragies utérines consécutives à un avortement provoqué : curage de l'utérus; guérison, par OZENNE. (*Journ. de méd. Paris*, 1er juillet.) — Action de l'antipyrine sur l'utérus pendant l'accouchement et les suites de couches, par E. PINZANI. (*Bullettino delle scienze mediche di Bologna.*) — 6 cas heureux de tamponnement intra-utérin pour des hémorragies post partum, par H. BORN. (*Centr. f. Gyn.*, 22 juin.) — Tamponnement intra-utérin pratiqué avec succès dans 4 cas d'inertie utérine, par ECKERLEIN. (*Ibid.*, 29 juin.) — Rupture de l'utérus, par HORROCKS. (*Transact. of obstet. Soc.*, XXXI, 3.) — Rupture de l'utérus

dans un cas de présentation de la face, par Couder. (*Soc. anat.*, p. 449, 28 juin.) — Dégénérescence amyloïde d'un polype utérin, par Stratz, (*Zeitschr. f. Geb. und. Gyn.*, XVII, 1.) — Papillome des trompes, par Eberth et Kaltenbach. (*Ibid.*, XVI, 2.) — Rupture de l'utérus pendant l'accouchement, guérison, par Green. (*Brit. med. Journ.*, 14 septembre.) — Sur les fibromes intra-utérins ramollis et fongueux, par van de Warker. (*Americ. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Des cysto-myomes de l'utérus, par Schauta. (*Zeitschrift f. Heilkunde*, X, n° 2, p. 95.) — Deux fibro-kystes utérins, par Thornton. (*Transact. of obst. Soc.*, XXXI, 3.) — Fibrome utérin avec loge hématique au centre, par Rendu (*Lyon méd.*, 15 septembre.) — Incarcération de l'utérus par un fibrome sous-muqueux, par Manduro-wicz. (*Progresso med.*, 15 août.) — Tumeur fibreuse de l'utérus occupant le petit bassin et contenant un épanchement sanguin central. Tumeur constituée par le rein droit kystique contenant une quantité considérable de sang altéré, par Lucas-Championnière. (*Bullet. Soc. de chir.*, XV, n° 3, p. 196.) — Expulsion successive de sept fibro-myomes, opérée en vingt-quatre heures et après l'administration d'ergotinine en injections sous-cutanées, par Surmay. (*Union médicale*, 12 septembre.) — Myome interstitiel du col de l'utérus, par Piccini. (*Bull. d. Soc. Lancisiana d. ospidali di Roma*, décembre 1888.) — Traitement des myomes utérins par les courants galvaniques, méthode d'Apostoli, par Fischel. (*Prager med. Woch.*, n° 23.) — Le traitement électrique des fibromes utérins, sa technique opératoire, par Plicque. (*Gaz. des hôp.*, 16 novembre.) — Traitement des fibromes utérins par l'électricité, par Thomas Keith. (*Brit. med. J.*, p. 1281, juin.) — Traitement électrique des fibromes utérins, par James Aveling (4 observations de succès.) (*Ibid.*, p. 1162, mai.) — Le traitement des affections utérines par l'électricité suivant la méthode d'Apostoli, par Lardy, Rohr. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 17, p. 527, 1er septembre.) — Le traitement électrique des corps fibreux de l'utérus (méthode d'Apostoli), par E. Noeggerath. (*Berlin. klin. Woch.*, 17, 24 juin et 1er juillet.) — Du traitement des fibromes utérins par les courants continus, par Fauquez. (In-8° Paris.) — De l'élimination possible des fibromes et des polypes utérins sous-muqueux par les courants continus, par Gautier. (*Soc. de méd. pratiq.*, 3 octobre.) — Electrolyse dans le traitement de quelques affections chroniques de l'utérus, par R. A. Gibbons. (*Practitioner*, mai.) — Hystérectomie pour fibromyome; guérison, par D. Benjamin. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 911, 29 juin.) — Hystérectomie supra-vaginale pour fibrome utérin, par Taber Jonhnson. (*Ibid.*, p. 20.) — Hystérectomie sus-vaginale ; gros fibromes œdémateux ; mort le neuvième jour par strangulation interne, par Le Bec. (*France médicale*, 27 juillet.) — Fibromyome du corps de l'utérus. Hystérectomie abdominale. Aliénation mentale consécutive, par Polaillon. (*Union médicale*, 22 octobre.) — Énucléation des myomes par voie abdominale, par Pichevin. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, avril.) — Cancer primitif de la trompe, par Routh. (*Transact. of obst. Soc.*, XXXI, 3.) — Note sur un cas de sarcome fasciculé de l'utérus traité par l'hystérectomie, par Largeau. (In-8°, *Niort.*) — Le cancer de la matrice, par John Williams. Traduction allemande, par Karl Abel et Theodor Landau. (*Berlin*, 1890.) — État de la muqueuse utérine dans les cancers du col, par Saurenhaus et Discussion. Pour Saurenhaus, Orthmann, Ruge et Veit, il s'agit de lésions d'endométrite simple, tandis que pour Abel, Th. et L. Landau, il s'agit de dégénérescence sarcomateuse. (*Berlin. klin. Woc.*, p. 553, 17 juin.) — Un cas de cancer utérin, par Moses Flick. (*Internat. Journal of surgery* p. 205, septembre.) — De l'ouverture du cul-de-sac de Douglas dans l'ablation du col de l'utérus au moyen de l'écraseur linéaire, par Coppens. (*Bull. méd. du Nord*, p. 107, mars.) — Hystérectomie vaginale pour un cancer

du col; trois mois sans récidive, par FELSENREICH. (*Wien. med. Presse*, n° 25, p. 1025.) — Utérus cancéreux, ablation par la voie vaginale, par PLAYFAIR. (*Trans. of obstet. Soc.*, XXXI, 3.) — Cinq hystérectomies vaginales pour cancer utérin suivies de succès, par E. CUSHING. (*Boston med. Journ.*, p. 184, 16 mai.) — Extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, indications modernes de la cure radicale des tumeurs malignes utérines, par DIMITRI DE OTT. (*Ann. de gynéc.*, octobre.) — De l'ablation totale de l'utérus par le périnée selon la méthode de Zuckerkandl, par FROMMEL. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 685, 29 juillet.) — Sur la forcipressure dans l'extirpation totale de l'utérus par la voie vaginale, par A. MUGNAI. (*La Riforma medica*, 14 et 15 juillet.) — Sur l'extirpation totale de l'utérus par la voie périnéale, par FROMMEL. (*Münch. med. Woch.*, n° 31, 30 juillet.) — Un cas de résection ostéoplastique du sacrum avec extirpation consécutive de l'utérus carcinomateux, par V. BECK. (*Ibid.*, 2 avril, n° 14.) — Un cas de récidive ostéoplastique du sacrum avec extirpation de l'utérus carcinomateux, par HEGAR. (*Ibid.*, n° 14.) — Présentation d'un mensurateur du col de l'utérus, par ASSAKY. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 1, p. 35.) — Sonde intra-utérine, par GACHES-SARRAUTE. (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn.*, juin.)

V

Vaccin. — L'enseignement de la technique de la vaccination. Nouvelle instruction ministérielle du 21 novembre 1888 relative aux vaccinations et revaccinations dans l'armée, par RICHARD. (*Rev. d'hyg.*, XI, 240, mars.) — Rapport sur les opérations de vaccine pratiquées sur les recrues et sur d'anciens soldats en 1888, par MOLITOR. (*Archiv. méd. belges*, juillet.) — Arrêté du conseil fédéral allemand (27 avril 1887), formant instruction sur la manière d'obtenir de conserver et d'expédier le vaccin animal. (*Annales d'hyg. publ.*, XXI, 370, avril.) — Note sur les résultats comparatifs des revaccinations au bras et à la jambe, par STACKLER. (*Bullet. gén. de thérap.*, 15 juillet, p. 16.) — De la vaccination dans les écoles, par MANGENOT. (*Rev. d'hyg.*, XI, 436, mai.) — A quel âge les enfants doivent-ils être vaccinés, par SHIELDS. (*Austral. med. Journ.*, n° 8.) — L'influence protectrice du vaccin sur le fœtus pendant la vie intra-utérine, par KOLLOCK. (*Americ. gyn. Soc.*, 17 septembre.) — Sur la pulpe vaccinale glycérinée, par A. CARINI et ORTOLANI. (*Sicilia medica*, p. 575, juillet.) — De la vaccination antivariolique, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mars, p. 193.) — Sur la vaccination animale, par CAGNY. (*Journ. de méd. Paris*, 1er avril.) — Vaccine animale et vaccine humaine, par BARBIER. (*Gaz. méd. Paris*, 31 août.) — Cinq cas de syphilis vaccinale, par HERVIEUX. (*Bull. Acad. de médec.*, 6 août.) — Vaccine ulcéreuse. Epidémie de la Motte-aux-Bois, par HERVIEUX. (*Ibid.*, 17 août.) — Vaccine ulcéreuse, par PORTALIER. (*Ann. de dermat.*, X, n° 8, p. 708.) — Sur un cas de vaccine hémorragique, par CHAMBARD-HÉNON. (*Lyon méd.*, 4 août.) — De la vaccine généralisée au cours des dermatoses, à propos d'une éruption vaccinale survenue chez un eczémateux et ayant déterminé la mort, par LACOUR. (*Ibid.*, 18 août.) — Etat actuel de la question de l'immunité, par DITTRICH. (*Prager med. Woch.*, 7 août.) — De quelques causes qui modifient l'immunité naturelle, par G. H. ROGER. (*Soc. Biologie*, 6 juillet.) — De l'immunité artificielle par les substances médicamenteuses, par DI MATTEI. (*Ann Istit. d'igiene sper. Univ. di Roma*, vol. 1, sér. 2, p. 3.)

Vagin. — Des transformations épithéliales de la muqueuse du vagin chez

quelques rongeurs, par MORAU. (*Journ. de l'anat.*, n° 3, mai-juin.) — Cas d'atrésie vaginale congénitale, par SUBBOTIC. (*Gyogyaszat*, n° 7.) — Recherches cliniques et bactériologiques sur les maladies de la muqueuse vaginale, par NEUMANN. (*Verhandl. d. deut. dermat. Ges. Cong. de Prague*, p. 127.) — Des diverses formes de vaginite, par NEUMANN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 601, 1er juillet.) — Remarques sur le prolapsus du vagin, la cystocèle et la rectocèle, par HADRA. (*Amer. Journ. of obst.*, mai.) — Oblitération du vagin. Utérus sénile de conformation bizarre, par DEMOULIN. (*Soc. anat.*, 21 juin, p. 442.) — Deux pièces d'oblitération sénile du vagin, par H. CHAPUT. (*Soc. anat.*, 28 juin, p. 452.) — Etiologie des kystes du vagin, par THORN. (*Cent. f. Gynaek.*, n° 38.) — Kystes du vagin, par CHIUCINI. (*Ann. di ostetricia*, juillet.) — A propos d'un cas de grand kyste du vagin, par G. CURATULO. (*Morgagni*, avril.) — Kyste du vagin développé dans les restes du canal de Gaertner, par C. POUPINEL. (*Soc. anat.*, 5 juillet, p. 466.) — Tuberculose du vagin, par DEFAY. (*Stornik lekarsky*, III, n° 1.) — Un cas de tuberculose isolée du vagin, par M. BIERFREUND. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XV, 2.) — Ablation pendant la grossesse des deux glandes vulvo-vaginales abcédées, par BONNET. (*France méd.*, 28 mars.) — Ulcère vénérien simulant un épithélioma de la paroi vaginale, par GREGO. (*Progresso med.*, 1er septembre.) — Deux cas d'épithélioma primitif de la vulve et du vagin, par P. MUNDÉ. (*Amer. Journ. of obst.*, mai.) — Deux cas de sarcomes primitifs du vagin sur de jeunes enfants, par CONRAD FRICK. (*Archiv f. path. Anat.*, CXVII, Heft 2.) — Traitement du cancer du col et du vagin par les cautérisations au chlorure de zinc, par EHLER. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVI, 1.) — Le tamponnement vaginal, par CH. FREDIGKE. (*New-York med. Record.* p. 313, 21 septembre.)

Vaisseaux. — De l'appareil vasculaire des animaux et des végétaux, étudié comparativement par la méthode des coupes et par la méthode thermochimique, par SAPPEY. (*Acad. des Sciences*, 12 août.) — Quelques anomalies vasculaires observées en 1888-89, par SHEPHERD. (*Journ. of anat.*, octobre.)

Varice. — Etude clinique sur la phlébite variqueuse, par BROCA. (*Rev. de chir.*, 10 août.) — Traitement des varices par l'injection d'acide phénique, par GODWIN. (*Southern Branch. of brit. med. Assoc.*, 27 juin.) — Traitement radical des veines variqueuses, par PATTERSON. (*Brit. med. Journ.*, 21 septembre.) — Varicocèle avec impuissance, guérison par le traitement chirurgical, par A. MUGNAI. (*La Riforma medica*, 6 juin.)

Varicelle. — Existence simultanée de varicelle et de scarlatine, par TORDEUS. (*La clinique*, n° 3.) — Contribution à l'étude de la varicelle, par CHARRIN. (*Thèse de Lyon*, n° 470.) — De l'arthrite varicellique, par PERRET. (*Province méd.*, 1er juin.)

Variole. — La variole dans le canton de Zurich de 1883 à 1887, par ARMIN WEDEKIND. (*Thèse Zurich*, 1888.) — Inoculation et vaccination contre la variole parmi les Chinois, par CANTLIE. (*Brit. med. Journ.*, 5 octobre.) — Etiologie de la variole, par HOFMANN. (*Prager med. Woch.*, n° 10.) — Variole et vaccine au Sénégal, par GIRARD. (*Arch. de méd. nav.*, septembre.) — Cas de variole transmis par des greffes d'un membre amputé sur un malade à la période prodromique de la variole, par SENATOR. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 825, 16 septembre.) — 52 cas de variole, remarques sur le diagnostic, pronostic et la prophylaxie de la variole, par SHARP. (*Kansas city med. Index*, n° 10.) — Note sur un cas de variole confluente traitée par l'acide salicylique, par BAUDON. (*Bull. gén. de thérap.*, 15 mai, p. 416.)

— De l'orchite varioleuse, par Chiari. (*Verhandl. d. deut. dermat. Ges. Cong. de Prague*, p. 113 et *Berlin. klin. Woch.*, 1er juillet.)

Veine. — La circulation rétrograde du courant sanguin dans les veines, par J. Thomayer. (*Soc. Biologie*, 6 juillet.) — Diathèse congestive veineuse généralisée, par Cuffer et Sollier. (*Rev. de méd.*, octobre.)

Venin. — Action physiologique du venin de la salamandre terrestre, par Phisalix et Langlois. (*Acad. des Sc.*, 16 septembre.) — Sur la nature du venin qui se trouve dans le sang de l'anguille, par Mosso. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.)

Vessie. — Cathétérisme des uretères, par Poirier. (*Acad. des Sciences*, 2 septembre.) — Stérilisation des sondes en gomme, cathétérisme aseptique, par Terrier. (*Progrès médical*, 5 octobre.) — Eclairage électrique de la cavité vésicale, avec photographie, par Hurry Fenwik. (*Brit. med. J.*, p. 989, mai.) — Contribution à la chirurgie de la vessie, par Meyer. (*N.-York med. Journ.*, 23 février.) — Trois cas de ponction hypogastrique pour rétention d'urine avec impossibilité de cathétérisme, par Posner. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, p. 687, 29 juillet.) — De l'hématurie terminale dans la miction, par Bazy. (*Semaine méd.*, 30 octobre.) — Traitement de la cystite chronique par l'iodoforme, par L. Frey. (*Wien. med. Presse*, n° 20, p. 817.) — Gangrène de la vessie dans un cas de rétroflexion de l'utérus gravide, par A. Rasch. (*Trans. of the obst. soc.*, XXXI, 2.) — Rupture de la vessie à la suite d'une chute sans lésion vésicale ni tégumentaire, par Bartsch. (*Viertelj. f. gerichtl. Med.*, L, 199, avril.) — Exstrophie de la vessie, par Porter. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Contribution à la connaissance d'un traitement de l'hydronéphrose congénitale et à la genèse de l'exstrophie vésicale, par Theodor Rœmer. (*Thèse Bâle*, 1888.) — Contribution à la connaissance de la tuberculose vésicale, par Joseph Erni. (*Thèse Berne*, 1888.) — Diagnostic des tumeurs de la vessie, par Guyon. (*Gaz. méd. Paris*, 27 juillet.) — Deux cas de papillome de la vessie enlevés par la voie périnéale, par Fr. Watson. (*Boston med. Journ.*, 11 juillet, p. 31.) — Néoplasmes de la vessie, diagnostic et indications opératoires, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, août.) — Cancer squirrheux de la vessie avec fistule vésico-rectale, par Kennedy. (*N.-York med. Record.*, 10 août.) — A propos du raclage et de l'écouvillonnage de la vessie, par Callionzis. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, août.) — Le choix du traitement des concrétions urinaires, par Gouley. (*Americ. med. Assoc.*, 26 juin.) — Le choix des opérations pour l'ablation des calculs urinaires, par Briggs. (*Ibid.*) — Idem par Cabot. (*Ibid.*) — Choix d'une opération pour l'ablation des calculs vésicaux, par Briggs. (*N.-York med. Record*, 29 juin.) — Sur les calculs vésicaux, par Bereskin. (*Med. Obosrenie*, n° 7.) — Formation de calculs vésicaux consécutive à une opération de fistule vésico-vaginale, par Baas. (*Centr. für Gyn.*, 25 mai.) — Sonde retrouvée dans la vessie à l'aide du cystoscope, par C. Kaufmann. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 12, p. 375, 15 juin.) Calcul vésical de la femme, développé autour d'une aiguille à cheveux, perforant le vagin, par Dohrn. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 33, p. 747, 19 août.) — Quatre cas de calculs vésicaux chez des garçons, par Pollard. (*Lancet*, 2 novembre.) — Sur un cas de pierre dans la vessie chez une petite fille de six ans, par Hamaïde et Séjournet. (*Bull. gén. de thérap.*, 30 juillet, p. 59.) — Opération compliquée de lithotomie, par Harold Browne (*Brit. med. Journ.*, p. 661, septembre.) — Expériences récentes dans la chirurgie des calculs vésicaux ; 100 litholapaxies et 32 tailles, par Freyer. (*Ibid.*, 12 octobre.) — Lithotritie pratiquée à l'aide de la cocaïne, pour des

calculs nombreux et durs d'acide urique; particularité opératoire inhérente à ce cas et à d'autres analogues; quelques considérations sur la récidive des calculs d'acide urique, par Dubuc. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, octobre.) — Calcul d'acide urique chez un malade autrefois albuminurique. Lithotritie en une séance, guérison par Dubuc. (*Union médicale*, 17 septembre.) — De l'aspiration des fragments calculeux après la lithotritie et d'un nouvel aspirateur, par Bazy. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, septembre.) — Nouvel instrument pour retirer de la vessie les bougies de petit calibre, par Guyon. (*Ibid.*) — Taille suspubienne dans un cas d'hypertrophie de la prostate et de fausse route, par Stamm. (*Med. News*, 31 août.) — Calculs vésicaux extraits par la taille hypogastrique, par Michon. (*Lyon méd.*, p. 585, 25 août.) — Sur une observation de taille hypogastrique, par Fort. (*Journ. de médec. de Paris*, 1er avril.) — Du drainage de la vessie dans la taille, par Burckhardt. (*Cent. f. Chir.*, n° 42, 19 octobre.)

Vieillard. — Opérations sur les personnes âgées, par Ewens. (*Brit. med. Journ.*, 14 septembre.)

Vitré (Corps). — Tumeur vasculaire du corps vitré, par Harlan. (*Americ. opht. Soc.*, 17 juillet.) — Sur l'hygrométricité de la substance solide du corps vitré : ses causes, son importance, sa physiologie et sa pathologie, par E. Hache. (*Soc. Biologie*, 22 juin.)

Vomissement. — Contribution à l'étude de l'étiologie et de la thérapeutique des vomissements incoercibles de la grossesse, par R. Pugliatti. (*H. Morgagni*, juillet-août.) — Etiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, par Guéniot. (*Bull. Acad. de Méd.*, 17 septembre.)

X

Xérodermie. — Xérodermie pilaire érythémateuse ou congestive progressive ou ichthyose rouge, par Besnier. (*Ann. de derm.*, X, n° 8, p. 710.) — Cas de xéroderma pigmentosum, par Mac Call Anderson. (*Brit. med. Journ.*, p. 1284, juin.)

Z

Zona. — Zona frontal simulant une pustule maligne, par Sottas. (*France méd.*, 30 août.) — Du zona atypique gangreneux et du zona hystérique, par Kaposi. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 4.) — Nature infectieuse du zona protopathique, par Kaposi. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 600, 1er juillet.) — Etude sur une épidémie de zoster, par Kaposi. (*Verhandl. d. deut. dermat. Ges. Cong. de Prague*, p. 57.)

REVUE

DES

SCIENCES MÉDICALES

EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER.

ANATOMIE.

Alcune particolarità anatomiche del rigonfiamento sacrale nel midolli degli uccelli (Quelques particularités anatomiques du renflement sacré de la moelle des oiseaux), par P. LACHI (*Atti della Società toscana di sc. natur., t. X, Pisa*, 1889).

Sur la face ventrale du renflement sacré de la moelle la pie-mère forme une sorte de charpente composée de faisceaux longitudinaux et de faisceaux transversaux. Les longitudinaux se distinguent en un faisceau médian correspondant au sillon longitudinal inférieur, et en faisceaux latéraux entre la face inférieure et les faces latérales. Les faisceaux transversaux répondent à la ligne de séparation des somites. Le sinus rhomboïdal n'est que l'effet de l'écartement des cordons postérieurs dans cette région, et le canal central de la moelle, tout en se rapprochant de la face inférieure de celle-ci, se continue sans se dilater le long du renflement et sans prendre aucune part à la formation du sinus. La substance gélatineuse ne se contente pas de remplir le sinus, mais elle s'insinue encore en haut et en bas, entre la substance grise et le canal central, au delà du renflement. Cette substance est composée de cellules pourvues de très fins prolongements qui s'anastomosent entre eux et forment un réseau dans les mailles duquel est un liquide albumineux. Ces éléments peuvent représenter une modification des éléments de la névroglie commune.

Dans le renflement lombaire des oiseaux, au-dessus des festons du ligament dentelé, on trouve sur les faces latérales, au niveau de l'union des métamères, de petits « lobes accessoires », au nombre de cinq à six paires. Ces lobes renferment des cellules nerveuses avec un stroma analogue à la substance gélatineuse du sinus. L'auteur considère ces formations comme des dérivés des cornes antérieures de la moelle ; on les distingue de celles-ci vers le huitième jour de l'incubation.

Ces lobes sont les homologues des amas nerveux, « lobes accessoires »

que l'on observe chez quelques poissons osseux, ainsi que chez l'alligator, et permettent d'expliquer ceux que l'on rencontre au niveau du renflement lombaire chez l'homme. A. NICOLAS.

Il solco intermediario anteriore del midollo spinale umano nel primo anno di vita, par Dante BERTELLI (*Travail de l'Institut anatomique de Pise*, 1889).

De l'examen de 25 moelles appartenant à des enfants des deux sexes et âgés au plus d'un an, l'auteur conclut que le sillon intermédiaire antérieur n'est pas constant dans l'espèce humaine. Lorsqu'on le trouve il est uni ou bilatéral, mais plus souvent unilatéral. Presque toujours il constitue le prolongement du sillon qui sépare la pyramide de l'olive; il descend le long de la face antérieure de la moelle tout contre le sillon longitudinal antérieur, mais sans atteindre la limite inférieure de la portion cervicale. Un repli de la pie-mère s'insinue dans la profondeur de ce sillon intermédiaire. Enfin, c'est surtout quand les deux sillons sont bien manifestes que l'entrecroisement des pyramides se montre le mieux limité. A. NICOLAS.

Zur Anatomie und Physiologie des Nervus vagus, par O. DEES (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkrank. Band XX, Heft* 1, *p.* 89).

Sur des lapins nouveau-nés, Dees a mis le nerf vague à nu dans la région moyenne du cou; puis, avec de petits ciseaux, il a sectionné le nerf et arraché son bout périphérique. Deux des animaux ont survécu à cette mutilation; ils ont été sacrifiés à l'âge de cinq semaines. L'autopsie a démontré que le bout central du nerf vague, jusqu'à la naissance des premiers rameaux, avait conservé à peu près la même épaisseur qu'au moment de l'opération. Le bout central n'avait pas subi d'allongement et ne s'était pas non plus soudé au bout périphérique. Il avait échangé sa teinte blanche contre une teinte rougeâtre et présentait un accroissement de consistance.

Sur des coupes des centres nerveux, durcies dans l'acide chromique, on pouvait constater l'absence de toutes les cellules ganglionnaires du noyau dorsal vago-glosso-pharyngien, et des cellules ganglionnaires du noyau ventral de ce même nerf; la masse des fibres du faisceau solidaire avait subi une diminution notable du côté de la mutilation; d'où l'auteur conclut que :

1° Les cylindres-axes de toutes les cellules qui constituent ce qu'on appelle le noyau vago-glosso-pharyngien dorsal se continuent sous forme de fibres nerveuses contenues dans le nerf vague du côté correspondant;

2° Les fibres nerveuses en question pénètrent dans la cavité thoracique réunies en faisceau compact dans le nerf vague;

3° Les fibres nerveuses olfactives ne tirent point leur origine de la portion de ce même noyau située à proximité des racines du glosso-pharyngien;

4° Les fibres nerveuses qui émanent du noyau vago-glosso-pharyngien dorsal ne sont pas, d'une façon générale, des fibres sensitives, car dans les expériences mentionnées ci-dessus, le glosso-pharyngien ainsi que les rameaux auriculaire et laryngé supérieur du nerf vague ont été trouvés intacts;

5° Le nerf intermédiaire de Wrisberg ne tire pas non plus son origine de la portion susdite du noyau vago-glosso-pharyngien dorsal, contrairement aux assertions de Mathias Duval. L'auteur incline à croire, pour des raisons qu'il n'indique pas, que les fibres nerveuses issues du noyau vago-glosso-pharyngien dorsal sont des fibres vaso-motrices, vaso-constrictives.

D'autre part, de la seconde constatation mentionnée plus haut, l'auteur conclut que le noyau vago-glosso-pharyngien ventral est le centre qui tient sous sa dépendance immédiate l'innervation des muscles du larynx.

Enfin, de ce que la masse des fibres du faisceau solidaire se trouvait réduite du côté où le nerf vague avait été sectionné, l'auteur conclut que ce faisceau doit être considéré « comme une racine ascendante, sensitive » du nerf vague et du glosso-pharyngien.

Il est certain, suivant l'auteur, que le raphé ne livre point passage à des fibres issues de l'un des noyaux, ventral ou dorsal, du vago-glosso-pharyngien, et se rendant au nerf vague du côté opposé.

Les deux *funiculi teres* ont été trouvés intacts ; donc ils ne donnent point naissance à des fibres du nerf vague. E. RICKLIN.

Versuche über den Nervus laryngeus superior, par L. BREISACHER (*Centralbl. f. d. med. Wiss.*, n° 43, 1889).

Mœller, après avoir excisé le nerf laryngé supérieur sur le cheval, a trouvé plusieurs mois après de l'atrophie de la musculature laryngée correspondante. Exner, dans les mêmes conditions, a constaté de la faiblesse du muscle crico-thyroïdien et de l'atrophie du crico-aryténoïdien postérieur. Breisacher n'a rien trouvé de semblable. Il n'y a donc lieu d'admettre ni des fibres trophiques dans le laryngé supérieur, comme Mœller, ni une atrophie par défaut d'incitation et d'activité musculaires, les fibres sensitives étant supprimées. A. M.

The relations between the superficial origins of the spinal nerves from the spinal cord and the spinous processes of the Vertebrae (Des relations entre les origines superficielles des nerfs spinaux et les apophyses épineuses des vertèbres), par W. REID (*Journal of Anatomy and Physiol.*, *vol. XXIII*, *part.* 3, 1889).

Des tableaux que l'auteur a pu dresser à la suite de dissections et de mensurations rigoureuses, il résulte que l'origine superficielle d'un nerf spinal quelconque n'a de relation fixe ni avec le sommet d'une apophyse transverse donnée, ni avec les sommets de deux apophyses transverses, ni enfin avec l'espace compris entre deux apophyses, ainsi qu'on pourrait le penser d'après les tables de Nuhn et de Jadelot. Cette position varie considérablement. Un tableau trop long à transcrire ici résume clairement les limites entre lesquelles oscillent les points d'émergence des racines rachidiennes par rapport aux apophyses épineuses. A. NICOLAS.

Exposé de l'état actuel de nos connaissances et observations personnelles sur la terminaison des nerfs dans les muscles lisses de la sangsue, par HEYMANS (*Bruxelles*, 1889).

Après avoir donné l'indication bibliographique complète des travaux

qui ont eu l'étude de l'innervation des muscles lisses pour objet, et avoir ensuite rapporté les résultats de mémoires consacrés spécialement à l'examen de cette question chez la sangsue, l'auteur fait connaître l'existence, dans le tube digestif de la sangsue, d'une couche de muscles longitudinaux, surajoutée à la couche circulaire bien connue, et caractérisée par les ramifications terminales et les branches latérales que les fibres musculaires émettent en grand nombre, ainsi que par les anastomoses que ces branches latérales et ces branches terminales contractent avec celles des fibres voisines. La tunique musculaire des vaisseaux est constituée par une couche externe circulaire, qui est la plus développée, et par une couche interne oblique ou longitudinale. Il est très remarquable que c'est une même fibre qui forme ces deux couches contractiles : la fibre circulaire devient à un moment donné oblique ou longitudinale. Toute la couche longitudinale est donc ainsi formée par les extrémités des fibres de la couche circulaire. Heymans fait ressortir tout l'intérêt de cette disposition au point de vue morphologique et physiologique : la couche lisse musculaire longitudinale, là où elle est formée de fibres distinctes, ne proviendrait-elle pas du dédoublement de la couche circulaire, et les fibres qui la constituent de la division de celles de la couche circulaire ; la fibre musculaire, transversale et longitudinale à la fois, ne doit-elle pas déterminer simultanément le rétrécissement et le raccourcissement du vaisseau ?

Outre le nerf intestinal de Brandt, qui occupe la face inférieure du tube digestif, il existe pour alimenter le plexus fondamental ganglionnaire, situé entre les deux couches musculaires de l'intestin et correspondant au plexus mésentérique des vertébrés, deux nerfs sympathiques dorsaux. Les travées du plexus fondamental ainsi formé croisent les fibres musculaires circulaires et émettent des branches qui côtoient les fibres lisses, les enlacent plus ou moins et forment en s'anastomosant un plexus périphérique. La terminaison nerveuse se fait de deux façons : les travées du plexus fondamental, au moment où elles croisent une fibre musculaire, lui abandonnent un rameau court qui se termine par une tache motrice, composée de granules ; les rameaux du plexus périphérique, du temps qu'ils longent la fibre, lui donnent quelques branches très courtes qui se terminent soit par une tache motrice, soit sans présenter du renflement à leur extrémité. La terminaison nerveuse se fait dans la partie periphérique ou gaine contractile de la fibre, et n'a aucun rapport avec l'axe granuleux protoplasmatique de cette dernière. Une fibre peut recevoir plusieurs branches nerveuses terminales.

Les nerfs vaso-moteurs s'anastomosent en un plexus périphérique non ganglionnaire, qui émet des fibrilles latérales terminées par un petit renflement en bouton dans la gaine contractile de la fibre lisse, et sur un point quelconque de la longueur de cette fibre. Les vaisseaux de la sangsue sont un objet des plus favorables pour la démonstration des terminaisons nerveuses dans les muscles lisses.

Enfin, les nerfs qui animent les muscles lisses volontaires se ramifient sans s'anastomoser, et se terminent par une petite plaque granuleuse située dans la partie périphérique de la gaine contractile de la fibre lisse; chaque fibre possède une et même deux taches motrices. A. PRENANT.

Disposition anatomique des nerfs de l'orbite au niveau du sinus caverneux, par Ch. CARPENTIER (*Le Progrès médical, p.* 293, 1889).

Les rapports des nerfs que l'on trouve au niveau du sinus caverneux varient suivant qu'on les considère, à l'entrée du sinus, dans l'intérieur du sinus et au niveau de la fente sphénoïdale.

A leur entrée dans le sinus, le moteur oculaire commun et le pathétique sont très rapprochés l'un de l'autre, celui-ci un peu en dehors et en bas de celui-là ; le moteur oculaire externe, situé sur le même plan vertical que le moteur commun, est plus bas, à 2,5 centimètres environ.

Au niveau du sinus on trouve dans la paroi externe, en allant de haut en bas : le moteur oculaire commun, le pathétique, puis la branche ophtalmique de Willis, en dedans de celle-ci et accolé à la carotide interne le moteur oculaire externe. Ce dernier est rattaché à la paroi externe du sinus par quelques fibres qui viennent l'entourer à la façon d'un méso.

Au niveau de la fente sphénoïdale, ces dispositions se compliquent par suite de la division du moteur commun en deux branches et de celle de l'ophtalmique en trois. Les nerfs sont étagés de la manière suivante : sur un plan supérieur et au-dessus des muscles, le pathétique, le frontal et le lacrymal. Au travers de l'anneau de Zinn et de haut en bas on rencontre : 1° la branche supérieure du moteur commun ; 2° le rameau nasal de l'ophtalmique ; 3° la branche inférieure du moteur commun ; 4° le moteur externe.

Cette description correspond en somme à celle de Quain. A. NICOLAS.

Ueber die Endigungen des Nervus Cochleae im Corti'schen Organ (Terminaisons du nerf cochléen dans l'organe de Corti), par L. KATZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1078, 9 *décembre* 1889).

Katz distingue, comme Retzius, les fibres rayonnantes et les fibres spirales du nerf cochléen. Les fibres rayonnantes (étudiées sur le chat et le lapin) se recourbent sur les fibres spirales. Katz divise les fibres rayonnantes en internes et externes. Les internes se rendent (chez le chat) à l'extrémité conique des cellules auditives internes, après avoir formé un réseau assez dense et cédé des fibres au tractus spiral le plus interne.

Les fibres rayonnantes externes se rendent, à différentes hauteurs, vers le côté interne des cellules de Deiters, où elles se terminent sur de petits boutons. Ces boutons représentent les sections optiques des fibres spirales externes qui sont disposées sur trois rangées parallèles.

Katz n'a pas vu les fibres rayonnantes externes entrer en rapport direct avec les extrémités inférieures des cellules auditives externes, bien que certaines préparations en donnent le mirage.

Katz croit que la fibre spirale la plus élevée envoie des fibrilles nerveuses très courtes et très fines à l'extrémité inférieure des cellules auditives externes.

D'ailleurs, les fibres spirales externes ont manifestement aussi des rapports avec les cellules de Deiters, auxquelles elles sont juxtaposées.

J. B.

Zur Kenntniss des Verlaufes der hinteren Wurzel des Acusticus... (Trajet de la

racine postérieure du nerf auditif; signification des stries médullaires), par B. BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 52, *p.* 1132, 30 *décembre* 1889).

Selon le procédé de von Gudden, Baginsky s'est servi, pour ses expériences, de nouveau-nés de lapins et de chats. Il provoque l'atrophie de la racine postérieure de l'acoustique, en détruisant le labyrinthe.

De cette façon, il a constaté que, chez ces deux espèces d'animaux, l'origine de la racine postérieure du nerf auditif se trouve dans le bulbe, au niveau du noyau auditif antérieur et du tubercule latéral. Ainsi que von Monakow, Forel et Onufrowicz l'ont déjà établi, la racine postérieure du nerf auditif n'a aucun rapport avec les noyaux auditifs externe et interne.

Chez le lapin, comme chez le chat, on peut constater une atrophie du corps trapézoïde et de l'olive supérieure du même côté, ainsi qu'une atrophie du feuillet profond du faisceau de Reil et du tubercule quadrijumeau postérieur, qui sont placés du côté opposé.

On voit, chez le chat, que l'entrecroisement des racines postérieures de l'auditif est total et s'effectue dans le corps trapézoïde.

Quant aux stries médullaires, contrairement à von Monakow, qui en fait une voie secondaire du nerf auditif, Baginsky les considère comme des tractus de fibres qui rayonnent en deux faisceaux distincts dans l'olive supérieure du même côté et dans sa substance blanche. (*R. S. M.*, XXX, 407 et XXXI, 5.) J. B.

Ueber die Präexistenz der Blutplättchen... (Sur la préexistence des hématoblastes et le nombre des leucocytes dans le sang normal de l'homme), par M. LÖWIT (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVII*, *Heft* 3).

Löwit décrit en détail le procédé qui lui permet d'observer le sang, sans qu'il soit au contact de l'air en sortant des vaisseaux, sans abaissement de température, et sans qu'il subisse une action mécanique quelconque. A cet effet, il reçoit le sang humain dans de l'huile (huile de ricin, etc.) et le maintient à la température de 37°. Dans ces conditions, les globules rouges perdent leur hémoglobine, ce qui rend les préparations plus transparentes. Celles-ci ne montrent alors aucun élément figuré ressemblant à un hématoblaste.

Si l'on s'est bien assuré de l'absence des hématoblastes dans l'une de ces préparations, il suffit de la recouvrir d'un verre couvre-objet pour voir apparaître de nombreux hématoblastes. Les actions mécaniques sur le sang ont donc pour résultat de produire des hématoblastes.

Si l'on abaisse la température de la préparation à 30 et 35° C., les hématoblastes apparaissent également.

Comme les hématoblastes ne préexistent pas dans le sang, d'après Löwit, ils se formeraient aux dépens des leucocytes dès que la température s'abaisse et dès qu'une action mécanique s'exerce sur le sang.

Löwit a cherché, dans ces mêmes préparations de sang reçu dans l'huile chauffée à 37°, à faire la numération des leucocytes et à les comparer au nombre de globules blancs qu'on peut apercevoir dans une préparation faite sans ces précautions. Tandis que dans une préparation ordinaire il n'y a que 2,3 globules blancs, il en trouve 14,85 sur un champ de même étendue dans les préparations où le sang a été reçu

dans l'huile. Les globules blancs semblent donc exister dans le sang normal en plus grande abondance que ne le feraient supposer les procédés usuels de numération. ED. RETTERER.

Ueber den Gehalt des Blutes an Körperchen (Sur la richesse du sang en globules blancs et rouges), par W. REINECKE (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., CXVIII, Heft* 1).

Reinecke a compté les éléments figurés de son propre sang; il est bien portant et âgé de 25 ans. Il s'est servi de divers procédés, surtout de celui de Thoma, qui consiste dans l'emploi d'une solution additionnée d'un tiers d'acide acétique, quand il s'agit de compter les globules blancs; et de la méthode de Mosso (1 0/0 d'acide osmique) lorsqu'on veut compter les globules rouges.

La numération des globules blancs donne des différences de 3,000 leucocytes pour les mêmes heures de la matinée; les différences sont moins fortes dans la soirée et à midi. L'auteur croit pouvoir tirer, à la suite de 36 essais, les conclusion suivantes : le nombre des globules blancs peut varier dans le cours de plusieurs jours consécutifs; mais ces variations sont indépendantes de l'heure de la journée et des repas eux-mêmes.

La quantité des globules rouges varie également d'un jour à l'autre : c'est le soir que les différences sont le moins marquées, tandis que le matin et à midi elles sont notables.

Quant à la proportion des globules blancs et des globules rouges, Reinecke trouve que, le matin, il y a en général 1 leucocyte sur 741 globules rouges, à midi 1 : 737 et 1 : 714 le soir. Il y aurait donc, d'après cela, 1 globule blanc sur 731 globules rouges dans le sang. Comme, par d'autres procédés, l'auteur a trouvé quelques chiffres différents, il admet une moyenne de 1 leucocyte sur 720 globules rouges. Cependant, il fait remarquer qu'il a trouvé parfois, sur lui-même et en suivant le même régime, la proportion de 1 : 1000 ou celle de 1 : 500 d'un jour à l'autre, ce qui indique que les éléments figurés du sang peuvent subir des variations de nombre considérables chez la même personne jouissant d'une bonne santé. ÉD. RETTERER.

Beiträge zur Kenntniss der Spalträume des Menschen (Contribution à l'étude des espaces interstitiels chez l'homme), par J. DISSE (*Arch. f. Anat. u. Physiol. Suppl. Band Anat. Abt.* 1889).

Sous ce nom, l'auteur comprend des cavités plus ou moins cloisonnées situées à l'intérieur d'une couche de tissu conjonctif et munies d'une paroi propre. Il n'a pu constater si ces parois sont tapissées par un revêtement endothélial.

Les « espaces interstitiels » successivement étudiés sont : l'espace scrotal chez l'adulte et le fœtus, et son équivalent chez la femme; l'espace vésical chez l'enfant et ses rapports avec la cavité de Retzius.

L'espace scrotal est situé entre la peau doublée du dartos et le feuillet pariétal de la tunique vaginale. On peut l'injecter facilement, et il se montre alors comme une cavité toujours bien limitée et dont la forme est constante. Cet espace ne s'étend pas sur la surface postérieure du testicule, il se limite à ses faces latérales, à son pôle supérieur, et en haut remonte sur le cordon à peu près jusqu'au niveau du point où le

septum dartoïque atteint la base du pénis. Fait important, il existe toujours deux espaces scrotaux, droit et gauche, complètement indépendants. Chez les jeunes garçons dont le testicule n'est pas encore complètement descendu dans les bourses, ainsi que chez les cryptorchides, l'espace scrotal se laisse injecter aussi facilement et présente les mêmes aspects que quand le testicule est à sa place normale.

Chez le fœtus l'injection dans le scrotum diffuse en tous sens. Il faut donc admettre que ce n'est qu'après la naissance qu'apparaît un espace pourvu de parois propres.

Chez la femme, on peut démontrer dans les grandes lèvres l'existence d'un « espace labial », se comportant vis-à-vis de l'injection absolument comme l'espace scrotal.

C'est dans cet espace, scrotal ou labial, que s'épanche et se localise le liquide dans l'œdème circonscrit du scrotum, le sang dans l'hématome..., etc.

Chez l'enfant, surtout pendant la première année, on peut injecter aisément entre la face antérieure de la vessie et la paroi abdominale un « espace interstitiel » dont Disse décrit la forme et les rapports. C'est en quelque sorte une bourse séreuse multilobulée qui s'étend jusque dans le petit bassin sur les parties latérales et aussi sur le fond de la vessie. Chez l'adulte, l' « espace vésical » n'existe plus. Entre la vessie et la symphyse pubienne, il n'y a que du tissu conjonctif lâche, et des deux cotés de l'organe des lacunes dans le tissu conjonctif, isolées et variables de dimensions et de situation.

Enfin l'auteur admet l'existence, chez l'adulte, d'un « espace » non pas « prévésical » (comme dit Retzius), mais surtout « supravésical », et qui représente l'espace que la vessie occupait chez le fœtus et chez l'enfant en arrière de la paroi abdominale antérieure, et qu'elle a quitté pour venir se loger dans l'excavation pelvienne. A. NICOLAS.

Beiträge zur Kenntniss der Lymphdrüsen (Contribution à l'étude des glandes lymphatiques), par H. HOYER (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXIV, Heft* 2, 1889).

La première partie de ce travail a trait aux dispositions et à la constitution du réticulum dans les ganglions mésentériques du chien. Appliquant la méthode de digestion artificielle par la trypsine (Kühne), l'auteur confirme l'opinion de Bizzozero, Ranvier et Klein, d'après lesquels le réseau est formé de fibrilles conjonctives tapissées de cellules plates.

L'étude des éléments cellulaires des glandes lymphatiques, de beaucoup plus importante que la précédente, fait l'objet de la deuxième partie. La méthode préconisée par Heidenhain dans son mémoire sur la muqueuse de l'intestin grêle (fixation par le sublimé et coloration des coupes par le liquide d'Ehrlich-Biondi) permet de reconnaître dans le stroma des divers ganglions lymphatiques les quatre formes cellulaires qu'Heidenhain décrit dans la muqueuse intestinale. Hoyer les passe successivement en revue, indiquant leurs caractères, leurs réactions et leur répartition dans la glande. Les cellules du troisième groupe (cellules granuleuses) sont identiques aux « cellules éosinophiles d'Ehrlich », mais l'auteur, malgré diverses expériences (administration de phosphore ou

d'arsenic aux animaux), n'a pu déterminer leur signification physiologique.

Les éléments de la 4e catégorie doivent être considérés comme des leucocytes morts.

L'auteur décrit enfin une 5e variété représentée par des phagocytes particulièrement abondants dans les glandes mésentériques et après l'intoxication par le phosphore ou l'arsenic. Il signale aussi des cellules dans le protoplasma desquelles se trouvent de nombreux globules rouges, et de ces faits tend à conclure que les ganglions lymphatiques ne sont pas seulement, ce qui est hors de doute, des organes formateurs de leucocytes, mais encore des organes au niveau desquels des éléments morts ou des débris cellulaires sont absorbés par des globules blancs et transformés par ceux-ci. Les ganglions lymphatiques seraient des appareils filtrateurs de la lymphe. A. NICOLAS.

Cellules musculaires striées ramifiées et anastomosées, par van GEHUCHTEN (*Verhandlungen der anatomischen Gesellschaft, Iena, p.* 100, 1889).

L'auteur a observé dans la paroi intestinale de la larve d'un diptère nemocère (Ptycoptera contaminata) une disposition extrêmement intéressante des cellules musculaires striées, particulièrement des cellules circulaires. Cette disposition consiste essentiellement en ce que ces cellules qui se touchent par leurs extrémités de façon à former un cercle musculaire complet ne se juxtaposent pas bout à bout, mais auparavant se bifurquent, chacune des bifurcations allant se rencontrer avec une bifurcation analogue venue d'une fibre voisine différente. A l'endroit où les deux prolongements musculaires se rencontrent on trouve quelques fins filets tendineux. C'est cette disposition que l'on rencontre dans la première partie de l'intestin moyen. Dans les autres régions, elle varie d'un point à un autre brusquement et en se compliquant, mais il s'agit partout de ramifications par l'intermédiaire desquelles les fibres circulaires s'anastomosent à leurs extrémités. D'autre part, dans tout un segment de l'intestin moyen, il existe sur toute la longueur d'une cellule musculaire des « anastomoses protoplasmatiques » qui l'unissent aux cellules voisines et dont l'agencement varie aussi suivant les endroits. Van Gehuchten ayant retrouvé ces variations dans la forme et la disposition des éléments musculaires chez toutes les larves qu'il a examinées pense que la forme de la cellule musculaire, à un endroit déterminé du tube intestinal, doit être en rapport avec la fonction physiologique de cette portion de l'appareil digestif. A. NICOLAS.

Ueber die Flossenmuskel des Seepferdchens (Hippocampus antiquorum) und über Muskelstructur im allgemeinen (Sur les muscles de la nageoire de l'hippocampe et sur la structure du muscle en général), par ROLLETT (*Arch. f. mikr. Anat., Band XXXII, Heft* 2), 1888).

Les fibres musculaires de la nageoire de l'Hippocampe, traitées par le chlorure d'or ou par tout autre réactif, offrent, vues en coupes transversale, une structure caractéristique, déjà connue de Ranvier. Elles montrent, enfoncées dans une substance granuleuse, nucléée, colorée en rouge sous l'action du chlorure d'or, des bandes de substance incolore de forme très variable, le plus souvent irrégulièrement contournées. Les ban-

des sont segmentées elles-mêmes en un certain nombre de petits champs séparés par des ponts de substance granuleuse. Cette dernière, l'auteur la nomme « sarcoplasme » (protoplama musculaire), tandis que la première n'est autre que la substance musculaire même. Les petits champs incolores formés de cette substance musculaire correspondent à la coupe de « colonnettes musculaires ». Malgré leur étrangeté, ces aspects peuvent être rattachés à ceux que présentent les coupes transversales des muscles d'arthropodes, et, par conséquent aussi, à ceux des muscles striés ordinaires des vertébrés. Sur les vues longitudinales de muscles dissociés après traitement par le chlorure d'or, on voit que la fibre musculaire se compose de bandes alternativement claires et foncées. Celles-ci sont formées par le sarcoplasme, les autres répondant à la substance musculaire. Cette substance se montre parcourue par un réseau de travées rouges épaissies aux angles du réticulum. Ces travées ne sont autre chose que la coupe optique du sarcoplasme qui s'insinue entre les éléments des colonnettes musculaires en se moulant sur eux; elles n'ont pas d'existence propre et ne représentent pas un réticulum spécial, indépendant, comme l'ont voulu Melland, Marshall, van Gehuchten, Ramon y Cajal.

Condamnant les analyses d'où la critique est exclue, l'auteur se plaint que, dans ces analyses, on prenne au sérieux tout travail, voire même un mémoire où l'on soutiendrait que le cerveau est situé dans la cavité thoracique. Partant de là, il fait une analyse sérieuse des travaux de Melland, Marshall, van Gehuchten, Ramon y Cajál qui soutiennent, avec quelques variantes, avoir vu dans la fibre musculaire un réseau de nature spéciale, et conclut purement et simplement à l'erreur de ces auteurs et au bien fondé de ses observations. A. PRENANT.

Di una men nota ripiegatura sinoviale dell' articolazione dell'anca (Sur un repli peu connu de la synoviale de l'articulation de la hanche), par C. AMANTINI (*Istituto anatomico dell' Universita di Perugia*, 1889).

Ce repli, qui jusqu'alors n'avait pas fixé l'attention des anatomistes, est constant : il occupe une ligne qui unirait la fossette centrale de la tête du fémur au petit trochanter. Sa présence est due au soulèvement de la synoviale par un faisceau de fibres périostiques et capsulaires renfermant des vaisseaux. Ceux-ci, fait important, se distribuent à la tête fémorale dont ils constituent les principaux vaisseaux nourriciers.

L'auteur insiste ensuite sur les rapports qu'affecte ce repli avec le ligament pubo-fémoral et le muscle pectiné d'une part, avec le ligament rond d'autre part. Il l'étudie chez le chien, le cheval, la grenouille, etc... et, se basant en outre sur les observations de Sutton (chez *Struthio camelus* et chez *Spenodon*) de Welker chez le tapir, il montre que muscle pectiné, ligament pubo-fémoral et ligament rond ne sont que les vestiges d'un seul muscle primitivement interarticulaire dans sa totalité. Le repli « pectinéo-fovéal » qu'il décrit représente lui aussi un souvenir de ce muscle et rattache le ligament pubo-fémoral au ligament rond, qu'il rejoint chez certains animaux, sinon chez l'homme (à cause du grand développement, chez ce dernier, du col du fémur, développement qui a eu pour résultat la séparation complète du ligament rond

d'avec le muscle pectiné). — L'étude des dispositions anatomiques chez des embryons de mammifères, bien qu'encore incomplète, confirme en tous points cette séduisante interprétation.

La position du « repli pectino-fovéal » explique comment dans le cas de fracture intra-articulaire du fémur le fragment interne peut rester sain, grâce à l'intégrité des vaisseaux compris dans l'épaisseur de ce repli.

A. NICOLAS.

Beitrag zur Kenntniss des Geruchsorgans des Hundes (Contribution à l'étude de l'organe de l'olfaction chez le chien), par B. GRASSI et A. CASTRONO (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXIV, Heft* 3, 1889).

Les résultats très précis exposés dans ce travail ont été obtenus par la méthode de Golgi (séjour des pièces pendant sept jours dans le bichromate de potasse, acide osmique, puis immersion dans la solution de nitrate d'argent). Les auteurs ont pu constater que les fibrilles terminales, variqueuses, des nerfs olfactifs se divisent dans la muqueuse ou immédiatement sous l'épithélium en fournissant des ramifications dont le trajet est horizontal. De ces dernières partent d'autres fibrilles qui s'engagent dans l'épaisseur de l'épithélium et se terminent dans les cellules olfactives. Quelques fibrilles peuvent atteindre directement des éléments sensoriels sans avoir suivi au préalable une direction horizontale.

Dans la région du cornet moyen il y a une zone de la muqueuse, « zone limite », qui établit une transition entre l'épithélium de la région olfactive et l'épithélium de la région respiratoire. En cet endroit, les nerfs, très abondants, plus ou moins variqueux, se divisent et se subdivisent, soit dans la couche profonde, soit dans la couche moyenne de l'épithélium. Les ramifications affectent une direction horizontale et fournissent les fibrilles terminales, dont les unes se continuent avec le prolongement central d'une cellule olfactive cylindrique et dont les autres se terminent librement (?) dans le voisinage de la surface de l'épithélium.

A. NICOLAS.

Die Ausbildung der Nasenhöhle nach der Geburt (Le développement des fosses nasales après la naissance), par J. DISSE (*Arch. f. Anat. u. Phys. Anat. Abth., suppl.-Bd.*, 1889).

La cavité des fosses nasales peut se diviser en trois segments situés l'un derrière l'autre, et qui sont : le vestibule, la portion principale (Hauptheil) et le débouché. La deuxième portion comprend la « cavité commune », dans laquelle viennent s'ouvrir latéralement les gouttières nasales ou méats. Enfin, la portion principale se subdivise en deux régions : la « région ethmoïdale » (pars olfactoria) et la « région maxillaire » (pars respiratoria). Chez le nouveau-né, le méat inférieur ne communique que par une fente extrêmement étroite avec la cavité commune; le cornet inferieur, par son bord libre, touche le plancher des fosses nasales, cela à cause de la faible hauteur de la région maxillaire. Le méat moyen communique nettement avec la cavité commune par un orifice d'environ 2 millimètres. Quant au méat supérieur, il est représenté par une gouttière étroite insignifiante en tant que cavité. Après la naissance, la « cavité commune » augmente lentement de hauteur jusqu'à la fin de la deuxième année; à partir de cette époque, l'accroissement se

fait rapidement jusqu'à la fin de la septième année. C'est surtout aux dépens de la « région maxillaire » que se fait ce développement dans le sens vertical.

Les dimensions de l'orifice du méat moyen restent sensiblement stationnaires jusqu'à la fin de la deuxième année, puis elles augmentent rapidement; et dès lors le méat moyen peut concourir notablement à la respiration. La fente qui fait communiquer le méat inférieur avec la « cavité commune » et ce méat lui-même ne commencent à s'élargir qu'à la fin de la deuxième année. Relativement à l'accroissement du « débouché » des fosses nasales, on peut dire que sa hauteur croît depuis la naissance jusqu'à la fin du sixième mois d'environ le double, reste alors stationnaire jusqu'à la fin de la deuxième année, puis augmente de nouveau jusqu'à huit ans. Pour ce qui est de la situation de l'orifice de la trompe d'Eustache, l'auteur confirme les observations de Kunkel. Les résultats qui précèdent, établis par des mensurations précises sur un grand nombre de sujets congelés, montrent donc que l'enfant, dans les deux premières années de sa vie, ne peut respirer que par la « cavité nasale commune », dont la capacité est à peine agrandie par le méat moyen encore très étroit. L'étroitesse du passage réservé à l'air explique ce fait bien connu, que le moindre gonflement de la muqueuse apporte un obstacle sérieux à la pénétration de celui-ci.

Dans une deuxième partie de son mémoire l'auteur étudie les processus du développement du squelette qui expliquent les transformations de la cavité des fosses nasales, et tout d'abord l'accroissement en hauteur de la face interne, nasale, des masses latérales de l'ethmoïde. Cet accroissement porte surtout sur le territoire du cornet moyen; il commence dans la deuxième année et se continue jusqu'à la septième. Il montre ensuite la formation du corps du maxillaire supérieur et la part qu'y prennent l'agrandissement de la cavité du sinus maxillaire, ainsi que le déplacement de la gouttière alvéolaire et l'apparition des dents de lait. Ces phénomènes ont pour résultat l'élargissement en tous sens de la « portion maxillaire ». Chez l'enfant de sept ans, les fosses nasales présentent les mêmes dispositions que celles de l'adulte, et n'en diffèrent que par les dimensions absolues. A. NICOLAS.

Beiträge zur Anatomie des Schwellkörpers der Nasenschleimhaut (Contribution à l'anatomie du corps érectile de la muqueuse nasale), par J. HERZFELD (*Arch. f. mik. Anat., Band XXXIV, Heft* 2, 1889).

Ces recherches s'adressent exclusivement à l'homme et prouvent que le tissu érectile de la muqueuse nasale renferme en abondance, conformément à l'opinion de Zuckerkandl, des faisceaux de fibres lisses. Ceux-ci appartiennent tous aux artères et aux veines, et sont placés tout contre la lumière des lacunes vasculaires; on n'en trouve pas dans l'intérieur des travées de la charpente du tissu érectile. Ces fibres lisses peuvent être isolées par la dissociation après macération dans des liquides appropriés. En passant, l'auteur constate qu'il n'y a de tissu érectile ni dans la muqueuse du septum nasal, ni dans celle du plancher. On n'observe en ces régions que de riches plexus veineux et des glandes.

Outre les muscles, le tissu érectile renferme aussi beaucoup de fibres élastiques très fines.

Herzfeld s'élève enfin contre la théorie que Voltolini, qui n'admet ni muscles ni fibres élastiques dans le tissu érectile des fosses nasales, avait proposée pour expliquer l'érection de la muqueuse. Il montre que les cornets osseux sont des os spongieux n'affectant aucun rapport spécial avec le tissu érectile qui les revêt, et ne jouant aucun rôle dans la turgescence de celui-ci. Pour conclure, il rappelle, en s'y ralliant complètement, la théorie plus conforme aux faits de Zuckerkandl.

A. NICOLAS.

Beitrag zur Kenntniss des Epithels u. der Drüsen... (Contribution à l'étude de l'épithélium et des glandes du larynx humain à l'état normal pathol.), par R. HEYMANN (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVIII, Heft* 2).

A l'état normal, l'épithélium du larynx montre la disposition suivante : le bord supérieur de la cavité laryngienne est circonscrit par un liséré d'épithelium aplati, qui se continue avec l'épithélium pavimenteux de la cavité buccale et de l'œsophage. C'est cette même forme d'épithélium pavimenteux qui tapisse toute la région interaryténoïdienne. De cette dernière part une traînée de cellules pavimenteuses, qui revêt le bord libre des cordes vocales inférieures, et souvent celui des cordes vocales supérieures. Ajoutons de plus de nombreux îlots d'épithélium pavimenteux qui recouvrent la face postérieure ou laryngienne de l'épiglotte et la muqueuse de la lame quadrilatère du cartilage thyroïde : ils semblent dépendre du liséré supérieur mentionné plus haut. Partout ailleurs la cavité du larynx est revêtue d'un épithélium à cils vibratiles.

Les follicules clos sont rares dans le larynx. Les glandes acineuses sont nombreuses et paraissent être des glandes muqueuses. Les cordes vocales inférieures possèdent du côté des apophyses vocales quelques glandes acineuses.

En étudiant l'état du larynx de quatre sujets morts de tuberculose, Heymann a trouvé qu'aux endroits revêtus normalement d'un épithélium pavimenteux, le chorion avait l'aspect et la structure du derme ; les papilles, à peine indiquées à l'état normal, s'étaient allongées, et le tout était recouvert d'un épithélium formant de nombreuses assises cellulaires. Il s'agit donc là d'une hypertrophie de la muqueuse, dont les vaisseaux et les glandes avaient augmenté en proportion. ED. RETTERER.

Beiträge zur Histologie der Stimmbänder (Sur l'histologie des cordes vocales et en particulier sur la présence des glandes et des papilles), par KANTHACK (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXVII, Heft* 3, *et Band CXVIII, Heft* 1 *et* 2).

I. — Kanthack considère comme corde vocale la portion supérieure, libre, de la crista vocalis que l'on aperçoit au moyen du laryngoscope. En divisant la corde vocale de l'adulte en deux portions, l'une s'étendant du cartilage thyroïde au cartilage sésamoïde antérieur, et l'autre de ce dernier point à l'apophyse vocale, on trouve parfois des glandes dans la première portion, mais le plus souvent toute l'étendue de la corde vocale en manque. Ces glandes de la première portion n'appartiennent pas à la corde vocale, puisqu'elles sont situées au-dessous de la commissure antérieure des cordes vocales. De même, on ne trouve, sur la partie postérieure des cordes vocales, des glandes que sur la face interne des cartilages aryténoïdes. La corde vocale n'a pas de tissu

sous-muqueux, tandis que là où se trouvent des glandes il existe un tissu sous-muqueux avec de nombreuses fibres élastiques.

Kanthack a vu quelquefois les cellules superficielles de l'épithélium pavimenteux stratifié des cordes vocales subir la kératinisation. A l'état normal, les limites de l'épithélium pavimenteux sont comprises entre la paroi antérieure du pharynx et le bord inférieur de la corde vocale en passant sur la paroi postérieure et interne du larynx.

Les papilles font défaut sur les cordes vocales mêmes, bien qu'on en trouve vers le sommet de l'épiglotte et sur la paroi postérieure du larynx, vers sa continuation avec le pharynx.

II. — *Sur le fœtus à demi-terme*, la structure de ces diverses parties n'est pas la même. Ici l'épithélium à cils vibratiles a une extension plus notable dans le larynx : sauf les cordes vocales, il occupe toute la face laryngienne de l'épiglotte et la face latérale des replis ary-épiglottiques, pour de là gagner le pharynx. La muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes est également tapissée de cils vibratiles. L'épithélium des cordes vocales est constitué par deux ou trois couches de cellules cubiques. Les cordes vocales manquent absolument de glandes chez le fœtus comme sur l'adulte. Il y a un premier groupe de glandes sur l'épiglotte ; un second groupe dans le ventricule ; un troisième groupe entoure la lumière du larynx (replis ary-épiglottiques, cartilages aryténoïdes et muscle transverse). La muqueuse du larynx est très vasculaire, sauf les cordes vocales mêmes où les vaisseaux sont peu abondants.

ED. RETTERER.

Ueber die Verwandlung von Wimper-oder Flimmerepithel in mehrschichtiges Plattenepithel (Sur la transformation de l'épithélium vibratile en épithélium pavimenteux stratifié), par John Berry HAYCRAFT et E.-W. CARLIER (*Centralbl. f. Physiologie*, *p.* 221, 1889).

Les anneaux de la trachée se recouvrent postérieurement par leurs bords chez le chien et le chat, de sorte que la contraction du muscle postérieur de la trachée a pour effet de produire des frottements de la surface interne de la muqueuse qui tapisse intérieurement la trachée au niveau des bords de ces anneaux. A ce niveau, l'épithélium vibratile est entièrement transformé en épithélium pavimenteux stratifié et l'on observe toutes les transitions entre les deux formes d'épithélium.

LÉON FREDERICQ.

Zur Feststellung der morphologischen Bedeutung der Ohrmuskeln (Signification morphologique des muscles de l'oreille), par G. KILLIAN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 49, *p.* 1078, 9 *décembre* 1889).

D'après les recherches morphologiques de Killian, le plus ancien des muscles de l'oreille serait celui de l'étrier, puis viendrait le tenseur du tympan et enfin les muscles auriculaires externes.

Le vertébré le plus inférieur chez lequel il a trouvé (mais seulement pendant la vie embryonnaire) un muscle de l'étrier est le lézard. Ce muscle est placé contre le bord antérieur du muscle abaisseur de la mâchoire inférieure, avec lequel il a un nerf commun provenant de la même branche du facial. Il est manifeste que, chez le lézard, le muscle de l'étrier résulte d'un dédoublement du muscle de la mâchoire auquel il est attenant.

Ont, en outre, un muscle de l'étrier, les crocodiles, les oiseaux et les mammifères.

Ces derniers seuls possèdent un tenseur du tympan qui, conjointement avec le tenseur du voile palatin, provient d'une partie du ptérygoïdien interne, un muscle de la mâchoire également.

Ruge a déjà fait dériver les muscles auriculaires externes du peaussier, les antérieurs de la portion faciale, les postérieurs, innervés par le nerf auriculaire postérieur, de la portion occipitale du peaussier.

Cette dernière est bien développée chez beaucoup de mammifères, de même que chez les oiseaux et les reptiles; on peut la faire dériver de la portion postérieure (provenant du fascia dorsal) du constricteur superficiel dorsal de l'arc hyoïdien des squales.

La portion ventrale du même constricteur, qui est un muscle respiratoire, correspond au mylo-hyoïdien postérieur des amphibies et à la partie faciale du peaussier des reptiles et mammifères. J. B.

Beiträge zur Kenntniss der Zellen in den Magendrüsen (Contribution à l'étude des cellules des glandes stomacales), par E. HAMBURGER (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXIV*, *Heft* 2, 1889).

Mettant en usage les méthodes de coloration et de fixation employées par Heidenhain dans ses recherches sur la muqueuse intestinale, en particulier le liquide d'Ehrlich-Biondi, l'auteur cherche à élucider diverses questions.

Il montre tout d'abord que les éléments décrits par Nussbaum dans les glandes pyloriques ne sont pas les mêmes que ceux que Stöhr y a rencontrés après lui, et cela contrairement à l'opinion de Stöhr lui-même. Les cellules de Stöhr seraient des cellules principales (Hauptzellen), comprimées par leurs voisines, plutôt que des cellules de bordure (Belegzellen) modifiées. Cette déformation de certains éléments pourrait se faire grâce à une diminution de leur tension après une sécrétion de longue durée. Quant aux cellules de Nussbaum, elles sont très rares, et se distinguent par des caractères très nets de celles de Stöhr. Ce ne sont pas non plus des cellules de bordure, et leur signification reste indéterminée.

Viennent ensuite des recherches sur la formation des vacuoles dans les cellules de bordure, en rapport avec l'état d'activité de la muqueuse gastrique. Chez le chien, c'est environ six heures après le repas qu'elles sont le plus abondantes, puis elles deviennent de plus en plus rares, et vers la quinzième heure on n'en voit presque plus. Chez les animaux tués par le chloroforme les vacuoles sont peu nombreuses. Hamburger fait observer qu'il n'a jamais vu ces vacuoles remplies, ainsi que le prétend Stöhr, d'un produit de sécrétion accumulé.

Enfin, ce travail se termine par des observations sur la présence des leucocytes migrateurs dans les cellules de bordure. On les rencontre chez des animaux à jeun aussi bien que chez des animaux bien nourris.

A. NICOLAS.

Note préliminaire sur la structure de la rate et sur la destruction de globules rouges qui s'opère normalement à l'intérieur de cet organe, par DENYS (*Bulletin de l'Acad. de méd. de Belgique*, 1888).

1° *Structure de la pulpe de la rate.* — Le tissu adénoïde de la pulpe,

dans les mailles duquel on a fait se mouvoir le sang, n'existe pas ; il n'y a de tissu adénoïde que dans les corpuscules de Malpighi et le long des petites artères. La pulpe, outre le tissu conjonctif de soutien et les fibres musculaires lisses, ne comprend qu'un système de lacunes communiquant largement ensemble et traversées dans tous les sens par des trabécules anastomosées; ces lacunes sont comparables aux espaces lymphatiques que l'on trouve dans les ganglions lymphatiques autour des follicules et entre les traînées de tissu adénoïde de la substance médullaire. Ces espaces constituent une partie élargie des vaisseaux lymphatiques; mais bien qu'ils n'aient pas la forme de tubes et qu'ils soient traversés par de nombreuses trabécules de tissu conjonctif, ils n'en forment pas moins un système clos de toutes parts, à cause du revêtement endothélial qui tapisse leur paroi d'une façon non interrompue, et qui se continue directement, d'un côté, avec celui des vaisseaux afférents et, de l'autre, avec celui des vaisseaux efférents. La pulpe de la rate est à la rate ce que les espaces lymphatiques sont aux ganglions lymphatiques. Elle présente, elle aussi, un système clos de lacunes traversées en tous sens par de fines trabécules anastomosées et recouvertes d'une couche de cellules plates, analogues à l'endothélium des vaisseaux, et qui se continuent, d'un côté, avec les cellules des capillaires des corpuscules de Malpighi et, de l'autre, avec celui des petites veines, dites veines caverneuses de la pulpe, qui sont les origines de la veine splénique. Le sang qui a parcouru le réseau capillaire des corpuscules de Malpighi débouche, au sortir de ceux-ci, dans un lit dont la capacité est énorme. La vitesse diminue par conséquent de beaucoup, et les globules blancs trouvent une grande facilité à s'accumuler dans la trame formée par les trabécules. Ces leucocytes sont les cellules rondes des auteurs, contenues dans les mailles d'une charpente qui n'est autre que la paroi vasculaire.

2° *Destruction normale des globules rouges dans la rate.* — Cette destruction est prouvée par la présence de pigment sanguin dans la rate, par l'existence dans la pulpe de cellules emprisonnant des globules rouges. La destruction se fait en deux temps. Tout d'abord le globule rouge, dans le lit sanguin même, s'altère, ainsi que le montrent les dissociations de pulpe faites dans la solution salée physiologique et aussi les coupes coloriées à la fuchsine acide. Ensuite l'hémoglobine quitte le globule rouge comme telle, ou à l'état de dérivé chromogène, et se dissout dans le sérum, où elle est entraînée en partie avec le courant sanguin dans le foie pour s'y transformer en matière colorante de la bile. Dans une deuxième phase, l'hémoglobine dissoute est absorbée par les cellules du réseau caverneux (très accessoirement par les globules blancs), y est décomposée profondément par ces éléments, le fer qui entre dans sa constitution devenant alors décelable par le sulfure d'ammonium. Cette décomposition donne lieu au pigment de la rate. L'action des éléments cellulaires vivants serait ainsi nécessaire à la décomposition de l'hémoglobine. C'est ce qui résulterait d'expériences de l'auteur et des recherches concordantes de Neumann sur la formation du pigment pathologique. Denys, en effet, injectant dans le tissu cellulaire sous-cutané des solutions d'hémoglobine, a vu les cellules fixes du tissu conjonctif présenter, avec le sulfure d'ammonium, la réaction caractéristique du fer. Neumann, d'autre part, a observé que les globules rouges,

abandonnés à eux-mêmes, ne donnent naissance qu'à de l'hématoïdine (partie centrale du caillot), tandis que, mis en contact avec les éléments cellulaires, leur hémoglobine se décompose et le fer y devient apparent (portions périphériques, voisines des tissus ambiants, du foyer hémorragique). A. PRENANT.

Die postfœtale Histiogenese des Hodens der Maus bis zur Pubertät (L'histogénèse postfœtale du testicule de la souris jusqu'à la puberté), par F. HERMANN (*Arch. für mikr. Anat.*, *Band XXXIV*, *Heft* 4, 1889).

Il n'existe, selon Hermann, sur la question de l'histogenèse postfœtale du testicule des mammifères que très peu de données. L'auteur cite La Valette Saint-George, d'une part, qui a trouvé dans les canalicules séminifères jeunes deux sortes de cellules (spermatogonies et cellules folliculeuses); Biondi et Niesing, d'autre part, qui n'y ont reconnu l'existence que d'une sorte d'éléments cellulaires.

Voici maintenant les nouveaux faits apportés par Hermann. Il trouve dans les tubes du testicule jeune des cellules folliculeuses; c'est le corps protoplasmique de celles-ci qui remplit le tube, et non une matière albumineuse (Biondi, La Valette Saint-George). Les noyaux sont situés en n'importe quel point de la cellule; ils sont remarquables par la présence de formations nucléolaires pareilles à celles qui, dans le testicule adulte, distinguent les cellules à pied, sauf qu'au lieu d'un seul gros nucléole il en existe dans les cellules jeunes trois ou quatre. D'autre part, il y a dans les tubes séminifères des spermatogonies, souvent en voie de division mitosique et se trouvant surtout au stade de monaster.

Chez un animal plus âgé, tandis que les spermatogonies ne donnaient jusqu'alors naissance en se divisant qu'à des cellules pareilles à elles-mêmes, elles fournissent maintenant des éléments un peu différents de la cellule-mère et ressemblant aux spermatogonies du testicule adulte. La division active des spermatogonies a pour effet de remplir le canalicule d'éléments cellulaires qui repoussent à la périphérie les cellules folliculeuses. Le corps protoplasmique de ces dernières disparaît de plus en plus; le noyau est refoulé périphériquement; les taches nucléolaires se confondent en un nucléole unique. On peut trouver des tubes où l'évolution cellulaire est poussée plus loin; les spermatogonies y ont donné naissance à de véritables spermatocytes.

Plus tard encore, on peut voir les spermatocytes eux-mêmes entrer en voie de division, et présenter la figure du spirème. La durée du stade de spirème est remarquable. Après un temps d'arrêt de cinq jours au moins, la division s'achève, marchant très rapidement alors et donnant naissance déjà çà et là à des groupes de spermatides. A. PRENANT.

Amitotische Kerntheilung im Blasenepithel des Salamanders (Division cellulaire amitosique dans l'épithélium vésical de la salamandre), par W. FLEMMING (*Arch. f. mik. Anat.*, *Band XXXIV*, *Heft* 4, 1889).

Flemming décrit des figures de division amitosique qu'il découvrit dans l'épithélium vésical d'une salamandre et qui coexistaient avec des figures karyokinétiques moins abondantes. Le premier stade consiste dans l'apparition d'un trou au milieu ou en un point quelconque du noyau.

C'est ce qu'Arnold avait déjà observé dans les cellules de la rate et de la moelle des os. Ce trou s'agrandit, le noyau devient annulaire, puis l'anneau, après s'être aminci et étiré en deux endroits, se rompt, et deux noyaux se trouvent ainsi constitués. Tantôt ces phénomènes de division donnent naissance à deux noyaux à peu près équivalents comme masse, d'autres fois la division est inégale; elle peut se faire aussi en plusieurs endroits et aboutir à la formation d'une plus ou moins grande quantité de noyaux-filles égaux ou inégaux entre eux.

En même temps que ces changements extérieurs il survient des changements dans la constitution intime du noyau, consistant essentiellement en une affinité plus considérable de ce dernier pour les matières colorantes et l'apparition, dans son intérieur, de grains et de cordons chromatiques.

Il paraît probable qu'à cette division nucléaire succède, en général, la division du protoplasma; l'auteur fait valoir les différentes raisons qui militent en faveur de cette manière de voir.

Jusqu'alors Flemming n'a rencontré ces figures de division amitosique que sur une seule vessie de salamandre; il en conclut qu'il s'agit là d'un processus anormal, irrégulier, sans toutefois vouloir dire par là que la division amitosique soit toujours une manifestation pathologique.

A. NICOLAS.

Observations on the anatomy of the prostate, par J. GRIFFITHS (*Journal of Anat. and Physiol., vol. XXIII, p.* 374, 1889).

Les conclusions principales de ce travail sont les suivantes :

Le troisième lobe, ou lobe moyen de la prostate, existe souvent d'une façon très nette et en dehors de tout état pathologique, chez l'adulte. Il possède des conduits excréteurs qui lui sont propres et qui s'ouvrent dans cette partie de l'urètre comprise entre l'extrémité postérieure du verumontanum et le col de la vessie. Ce lobe se développe aux dépens de ce segment de l'urètre, de la même façon que les lobes latéraux dérivent des parties de l'urètre situées de chaque côté du verumontanum.

Les glandules prostatiques se caractérisent en ce qu'elles sont formées de canaux courts plongés dans le stroma et dépourvus de paroi propre. Le tissu musculaire lisse est disposé autour des extrémités des tubules glandulaires, de telle sorte qu'en se contractant il peut agir puissamment pour en expulser le contenu. Ce tissu musculaire dérive de la couche externe, circulaire, du canal de l'urètre prostatique, qui, on le sait, se continue avec la tunique circulaire de la vessie. L'élément musculaire de la prostate n'est donc en rapport qu'indirectement avec celui de la vessie.

A. NICOLAS.

Ueber den Ursprung und die Bedeutung der sogenannten « freien » Kerne in dem Nahrungsdotter bei den Knochenfischen (Sur l'origine et le rôle des soi-disant noyaux libres dans le vitellus nutritif des poissons osseux), par C. K. HOFFMANN (*Zeitschrift f. wiss. Zool., Band XLVI*, 1888).

La segmentation du germe se fait à l'aide d'un premier sillon méridien, puis d'un deuxième sillon également méridien, mais perpendiculaire au premier. A la suite de ces divisions sont constituées quatre cel-

lules, dont deux plus grosses. Les sillons suivants sont méridiens aussi, mais parallèles au premier sillon. Puis un sillon équatorial divise chaque cellule en deux segments, dont l'un supérieur, l'autre inférieur; ce dernier est en continuité avec le vitellus nutritif, et plus particulièrement avec la couche superficielle, riche en protoplasma, de ce vitellus. Les cellules supérieures peuvent être appelées holocytes (Rückert), ou encore cellules épiblastiques; car c'est d'elles que dérivera l'épiblaste. Les cellules inférieures peuvent prendre le nom de mérocytes (Rückert), ou aussi cellules hypoblastiques; car elles contribueront à la formation de l'hypoblaste. La division des mérocytes a pour résultat de fournir à la couche superficielle du vitellus un certain nombre de noyaux; cette couche devient alors un plasmodium plurinucléé qui, par bourgeonnement, produit incessamment de nouveaux mérocytes. Les noyaux libres du plasmodium, à un certain moment, émigrent vers la périphérie du germe; en cette situation, ils correspondent au « périblaste » des auteurs, d'Agassiz et Whitman en particulier. Cette situation n'est cependant pas primitive, et ce n'est pas en cet endroit que les noyaux libres prennent naissance, comme l'ont soutenu Agassiz et Whitman dans leur théorie du périblaste.

Quant au rôle des noyaux libres, Hoffmann, abandonne sa première manière de voir, d'après laquelle ceux-ci n'auraient qu'un rôle indirect dans l'accroissement de l'embryon et seraient de simples intermédiaires entre l'embryon et le vitellus, destinés à préparer l'assimilation de ce dernier. Hoffmann donc admet aujourd'hui que les noyaux libres interviennent directement dans la formation des feuillets embryonnaires et spécialement de l'hypoblaste.

Après avoir fait la critique des travaux de Wenckebach, Kowalewski, Cunningham, Brook, List, etc., Hoffmann rapporte les résultats obtenus par Rückert chez les Sélaciens; ceux que lui ont fournis les poissons osseux leur sont identiques. A. PRENANT.

Untersuchungen des Schwanzendes bei den Embryonen der Wirbelthiere (Recherches sur l'extrémité caudale chez les embryons de vertébrés), par **SCHWARZ** (*Zeitschr. f. wiss. Zool.*, *Band XLVIII*, *Heft* 2, 1889).

L'auteur décrit des coupes de l'ébauche embryonnaire des sélaciens (torpille), des téléostéens (saumon et brochet), des oiseaux (canard), en s'attachant plus particulièrement à la description de la partie la plus reculée de l'ébauche embryonnaire dans ses rapports avec la ligne primitive (oiseaux) ou son homologue (sélaciens, téléostéens). Il étudie tout spécialement la communication neurentérique. Chez les oiseaux, il fait la critique des diverses communications neurentériques qu'on a décrites jusqu'alors, savoir : la « fente de Gasser », les « trois communications de Braun », les « canaux de Kupffer » et la « gouttière du croissant de Koller », les « portes germinatives de Rauber », le « canal secondaire de Hoffmann »; il conclut en disant qu'il n'y a qu'une seule communication neurentérique; c'est la fente découverte par Gasser; celle-ci est située à l'extrémité antérieure de la ligne primitive, et recule en même temps que, par sa partie antérieure, la ligne primitive est incorporée à la formation de la région postérieure de l'ébauche embryonnaire.

Schwarz termine par un résumé comparatif intéressant, mais qui ne se

prête pas à une courte analyse, des rapports du prostoma et du canal neurentérique, de l'intestin caudal et du canal neurentérique, du canal neurentérique avec l'anus et avec la queue chez les embryons de divers vertébrés. A. PRENANT.

Ueber die Entwicklungsvorgänge..... (Sur les processus de développement qui ont pour point de départ le nœud des disques germinatifs des mammifères), par Graf SPEE (*Anat. Anz.*, *n*os 11 *et* 12, 1888).

Il existe au niveau du nœud de Hensen et du prolongement céphalique qui lui fait suite un véritable cordon cellulaire épithélial, obliquement dirigé de la surface ectoblastique vers la face entoblastique, d'arrière en avant, et traversant le niveau du mésoblaste. A l'intérieur de ce cordon, que l'auteur appelle cordon neurentérique, plusieurs observateurs ont trouvé soit un canal neurentérique complet établissant une communication entre la face superficielle et la face profonde du disque germinatif, soit seulement des portions de ce canal, suivant les animaux étudiés. L'auteur est en mesure de prouver que le nœud de Hensen, considéré jusqu'ici comme étant simplement un centre de prolifération cellulaire, est aussi une région où se font des différenciations.

Chez le cobaye, le cordon neurentérique est pourvu en avant d'une large lumière (canal cordal). Les divisions cellulaires, conformément à la loi formulée par Altmann, ne se trouvent qu'à la surface libre des feuillets; il n'y a que dans la région du nœud de Hensen et sur la ligne médiane de la ligne primitive qu'on les trouve aussi dans la profondeur. Mais alors, observe Spee, elles suivent le trajet oblique du cordon neurentérique. La cavité cordale n'est nette que dans la partie antérieure du cordon neurentérique. Plus cette cavité se rapproche du niveau de l'ectoblaste, plus est reculé par conséquent le point où on l'examine, plus elle prend la forme d'une fente étroite et même d'une simple ligne de séparation « séparation de couches » neurentérique (comme l'auteur l'appelle), perpendiculairement à laquelle les cellules sont dirigées, de même que plus en avant elles le sont radiairement autour d'un canal réel.

Dans toute l'étendue du nœud de Hensen, le cordon neurentérique adhère latéralement au mésoderme, et la « séparation de couches » se prolonge de chaque côté dans le mésoderme, qu'elle partage en deux lames. C'est d'avant en arrière que la partie médiane du mésoderme (employée à la formation de la corde) se sépare des parties latérales. Avant que cet isolement se soit opéré, se présentent des particularités intéressantes à relever relativement à la forme du cordon neurentérique. Ce cordon paraît comme articulé ; sur une certaine étendue, il est large avec une simple fente dans son axe ; sur une autre étendue, il est double, les deux moitiés symétriques du cordon étant complètement ou non distinctes et pourvues chacune d'une petite cavité. La figure que l'on obtient alors rappelle, tant par l'aspect que par la situation de ces formations, de petites protovertèbres. Dans l'étendue d'un cordon neurentérique, l'auteur a observé trois régions successives d'avant en arrière, qui présentent alternativement ces deux dispositions. On peut observer la même chose là où la corde est isolée latéralement ; on peut trouver une cavité double et de nouveau ailleurs une gouttière simple, ainsi que

Lieberkühn l'a déjà montré. Le dédoublement de la cavité cordale a déjà été observé par Kölliker (lapin), par Bonnet (brebis), par Zumstein (poulet), et paraît ainsi un fait général.

On a le droit de se demander si l'apparition et la disparition successives de ce dédoublement ne sont pas en rapport avec l'organisation des protovertèbres. La segmentation du feuillet moyen partirait du nœud de Hensen, mais ne se ferait pas au début en direction transversale, perpendiculairement à l'axe longitudinal du disque germinatif, mais obliquement sur cet axe ; elle se ferait aussi dans des plans obliques par rapport à la surface du disque germinatif, si bien que les segments ainsi formés se recouvriraient à la façon des tuiles d'un toit (on sait que les premières protovertèbres sont toujours obliques par rapport à l'axe longitudinal du germe).

Le lapin a présenté essentiellement les mêmes dispositions. A. PRENANT.

Bemerkungen über die mesodermfreie Zone in der Keimscheibe der Eidechse (Remarques sur la zone dépourvue de mésoderme dans le disque germinatif des lézards), par RAVN (*Anat. Anz.*, *IV*, *n*° 5, 1889).

On peut distinguer dans le développement de la zone sans mésoderme des lézards cinq stades.

Dans le premier, la zone sans mésoderme répond à la « gouttière limitante antérieure », gouttière arciforme, qui embrasse l'extrémité antérieure de la plaque médullaire et se prolonge sur les parties latérales de celle-ci en s'atténuant insensiblement, dont le bord antérieur et externe se continue avec la surface du reste du blastoderme et représente le pli amniotique antérieur, tandis que son bord postérieur et interne confine à la plaque médullaire. Dans toute l'étendue de ce sillon, il n'y a pas de mésoderme, et les feuillets ecto et entodermiques sont intimement soudés; aussi le mésoderme ne peut-il pas s'insinuer entre eux et arrivé, lors de son mouvement d'expansion en avant, au niveau de la gouttière limitante antérieure, doit-il se partager en deux tractus, dont l'un se dirige le long du bord interne de la gouttière limitante et va jusqu'au bord antérieur de la plaque médullaire, tandis que l'autre se propage le long du bord externe de la gouttière jusqu'à ce qu'il rencontre au devant de celle-ci le mésoderme de l'autre côté avec lequel il se soude. La zone privée de mésoderme a ainsi la forme d'un arc qui correspond à la gouttière limitante antérieure elle-même.

Dans un deuxième stade, la zone sans mésoderme augmente d'étendue dans le sens antéro-postérieur, parce que la gouttière limitante antérieure s'enfonce de plus en plus au-dessous de la plaque médullaire, dégageant ainsi une portion de plus en plus considérable de la tête de l'embryon. On peut distinguer à la gouttière limitante deux parois; l'une, interne ou supérieure, située sur la face ventrale de la partie antérieure de la plaque médullaire, forme la face ventrale de la portion de la tête isolée à cette époque du reste du blastoderme ; l'autre, externe ou inférieure, est la région la plus profonde du blastoderme, sur laquelle repose la partie libre de la tête de l'embryon et qui plus tard s'enfonce avec la tête dans le vitellus. Le fond du sillon forme le bord de l'aditus anterior de l'intestin.

Dans un troisième stade, la paroi interne du sillon limitant antérieur

est envahie par le mésoderme. Bientôt ce mésoderme se fissure en plaques splanchnique et somatique. On comprend que dès lors ce n'est plus le blastoderme tout entier, mais seulement la splanchnopleure (entoderme + mésoderme splanchnique) qui s'enfoncera au-dessous de la tête de l'embryon. Désormais il faut distinguer le pli splanchnopleurique qui forme le bord de l'aditus anterior et le pli somatopleurique ; ce dernier, longtemps stationnaire, forme le bord de la paroi ventrale de la cavité pariétale du cœlome. Celui-ci, dans toute l'étendue du disque germinatif qui est située derrière le bord antérieur de l'aditus, est double (cavités péritonéales droite et gauche) ; en avant de ce bord il est simple (cavité pariétale); la cavité pariétale est réunie de chaque côté aux cavités péritonéales par un « conduit communiquant ».

Au quatrième stade, l'aditus anterior recule en arrière ; la zone sans mésoderme, de falciforme qu'elle était, devient alors semi-circulaire ; cela est dû à ce que le repli de l'ectoderme, qui prenait part à la formation de la paroi interne de la zone sans mésoderme, et qui représentait le passage de celle-ci à l'ectoderme embryonnaire, s'est enfoncé dans la paroi ventrale de la cavité pariétale en s'insinuant entre l'entoderme et le mésoderme splanchnique jusqu'à se rencontrer avec le repli ectodermique du côté opposé. De la sorte, la paroi ventrale de la cavité pariétale est à présent revêtue par l'ectoderme et séparée du reste du blastoderme; l'isolement de la partie céphalique de l'embryon est devenu beaucoup plus complet.

Au cinquième stade, enfin, la zone sans mésoderme cesse d'exister, envahie, dans toute l'étendue de ses deux parois, par le mésoderme.

A. PRENANT.

Ueber Gewichtsbestimmungen der einzelnen Organe Neugeborener (Recherches sur le poids des différents viscères chez le nouveau-né), par LOMER (*Zeitschr. f. Geb. und Gyn.*, *XVI*, 1).

Les recherches de Lomer ont porté sur le poids des différents organes du fœtus, considérés non seulement isolément, mais aussi par rapport les uns aux autres, suivant les différentes conditions où se trouve le fœtus.

Il a examiné 50 nouveau-nés dont 35 étaient mort-nés et 15 morts peu après la naissance : tous ces enfants avaient succombé accidentellement pendant le travail ou à la suite d'un accouchement laborieux : leur poids variait entre 1,000 et 4,500 grammes. Il a pesé avec leur sang, le cœur, les reins, le corps thyroïde, le thymus, les capsules surrénales, la rate, le foie, les poumons et consigné les résultats obtenus dans une série de tableaux comparatifs.

De l'examen de ces chiffres, il ressort tout d'abord qu'il y a très souvent de grandes variations et des différences dans le poids des viscères du fœtus. Ces variations peuvent ne pas dépasser certaines limites normales, et sont alors purement individuelles; ou bien le poids dépasse tellement la moyenne qu'il y a un véritable excès d'accroissement, dont la cause reste inconnue. Il suit de là qu'il est très difficile de se rendre un compte exact de l'accroissement des organes chez le fœtus et de l'influence exercée par l'accouchement sur l'augmentation ou la diminution

de ces organes et qu'il faudrait un très grand nombre d'observations pour en tirer des conclusions de valeur.

Ces réserves faites, l'auteur résume ainsi ses recherches : Le thymus s'accroît principalement pendant la vie intra-utérine ; cet accroissement est proportionnellement plus considérable que celui du reste du corps. La croissance des reins, des capsules surrénales et du foie marche de pair avec celle de tout le corps. Le cœur, le corps thyroïde et surtout les poumons retardent dans leur développement sur l'accroissement général du fœtus. La rate présente des variations de volume telles qu'aucune conclusion n'est possible. Le cœur et les reins ne semblent subir aucune modification de poids par le fait de l'accouchement. Par contre, le corps thyroïde, et surtout le thymus et les capsules surrénales diminuent à la naissance : c'est surtout du 2e au 5e jour que cette diminution est notable. Le foie semble aussi s'amoindrir par suite des modifications de sa circulation. Les poumons, en raison de leur entrée en activité, deviennent plus lourds.

Deux autres conclusions ont une importance pratique :

1° Puisque après l'accouchement les reins ne s'hypertrophient pas, il est vraisemblable que leur activité fonctionnelle est déjà entièrement développée pendant la vie intra-utérine.

2° Puisque la rate et le foie subissent dans leur poids de grandes variations individuelles, il faut bien prendre garde de confondre une hypertrophie physiologique de ces viscères avec une augmentation de volume due à la syphilis. CH. MAYGRIER.

PHYSIOLOGIE.

Des rapports de la respiration avec la circulation après la section sous-bulbaire de la moelle épinière, par E. WERTHEIMER (*Arch. de physiol.*, *n°* 3, *p.* 388, 1889)

1° On connaît l'existence, dans la moelle, de centres vaso-moteurs et de centres respiratoires. Après la section de la moelle, il peut se produire des oscillations rythmiques de la pression d'origine vaso-motrice, semblables aux courbes, dites de Traube-Hering, qui s'observent chez l'animal dont l'axe bulbo-spinal est intact. Quand les mouvements respiratoires sont en même temps revenus, s'ils sont fréquents, ils ne concordent pas avec les ondulations vaso-motrices. S'ils sont plus lents, certains faits tendent à prouver que les deux ordres de mouvements s'exécutent suivant un rythme commun, et, par conséquent, que les centres respiratoires et les centres vaso-moteurs de la moelle sont associés dans leur fonctionnement.

2° Il n'y a de relation d'aucune sorte entre les mouvements du cœur et ceux du diaphragme. Toutefois, ces résultats négatifs ne prouvent rien par eux-mêmes contre la possibilité de l'existence, dans la moelle, de centres accélérateurs du cœur.

3° Chaque fois que les contractions, habituellement très brèves, des muscles inspirateurs sont entrecoupées par une inspiration un peu plus profonde, l'amplitude des pulsations augmente, et la pression artérielle s'élève. Si la contraction du diaphragme est de courte durée, l'élévation de la pression se produit seulement au moment de l'expiration ; si, au contraire, l'inspiration se prolonge, la courbe monte pendant que cette phase dure encore. Ces effets sont dus à l'activité plus grande de la circulation pulmonaire pendant l'inspiration. La section de la moelle permet, en effet, d'étudier : 1° l'influence de la respiration sur la circulation pulmonaire; 2° l'influence de cette dernière sur la pression et les caractères des pulsations, laquelle n'est plus compliquée, dans ces cas, de l'intervention d'aucun autre agent mécanique ou nerveux. G. LION.

Recherches sur la localisation des conducteurs des impressions sensitives dans les diverses parties de l'encéphale et sur la pathogénie des anesthésies de cause encéphalique, par BROWN-SÉQUARD (*Arch. de physiologie*, *n°* 3, *p.* 486, 1889).

1° Chaque moitié de l'encéphale peut suffire pour la perception des impressions sensitives venues des deux moitiés du corps.

2° Les éléments nerveux servant à la perception des impressions sensitives sont disséminés dans l'encéphale de telle façon que la sensibilité peut persister même lorsqu'une partie considérable des deux moitiés de ce grand centre nerveux est complètement détruite.

3° La transmission des impressions sensitives, comme l'ont déjà montré Stilling, Schiff et Vulpian, peut se faire alors que la moelle est entièrement coupée en travers, mais par deux hémisections assez distantes l'une de l'autre.

4° L'anesthésie peut apparaître ou ne pas se montrer, quel que soit le siège d'une lésion organique partielle.

5° Ce n'est pas parce que la partie lésée est fonctionnellement attachée à la sensibilité que l'anesthésie a lieu dans les cas d'affection organique partielle de l'encéphale. Elle dépend, en pareil cas, d'un acte inhibitoire exercé par ce qui reste de la partie lésée, ou par les éléments nerveux avoisinant celle-ci. C'est un acte purement dynamique, pouvant, par conséquent, se montrer ou non, et frapper tel point ou tel autre. En d'autres termes, c'est une anesthésie active, non une anesthésie passive.

Ces doctrines nouvelles se fondent sur deux ordres de faits : des faits expérimentaux (phénomènes de transfert), des faits cliniques (anesthésie directe à la suite de lésions encéphaliques ou médullaires ; anesthésie bilatérale, causée par une lésion unilatérale ; disparition rapide, voire soudaine, de l'anesthésie consécutive à une lésion organique persistante de l'encéphale, sous l'influence de la faradisation de la peau ou de l'application d'un aimant, etc.) G. LION

Ueber das Vorhandensein reflectorischer Vasomotorencentra (Sur la présence de centres vaso-moteurs réflexes dans les ganglions du système nerveux, sympathique, par ROSCHANSKY (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 162, 1889).

Persistance des réflexes vaso-constricteurs obtenus par excitation du bout central du grand splanchnique, quoique la moelle épinière eût été détruite complètement. Suppression de ces réflexes presseurs à la suite de la section du cordon thoracique du grand sympathique entre le 9me et le 10me ganglion. L. F.

Ueber die Beziehungen der Nervenfasern zu den Nervenzellen in den Spinalganglien (Sur les relations entre les fibres et les cellules nerveuses dans les ganglions spinaux), par J. GAD et M. JOSEPH (*Archiv für Physiologie, p.* 199, 1889).

Les auteurs ont choisi comme terrain d'expérimentation le ganglion jugulaire du pneumogastrique du lapin, ganglion que l'on peut assimiler à un ganglion spinal, et ont fait des expériences de section du nerf tantôt au-dessous, tantôt au-dessus du ganglion, attendant chaque fois que la dégénérescence wallérienne des fibres nerveuses séparées de leurs centres trophiques ait eu le temps de se développer, avant d'entreprendre l'étude histologique du nerf et de son ganglion ou l'étude physiologique des fonctions du nerf. Ils trouvent, conformément à la doctrine wallérienne, que les fibres centripètes ont leur centre trophique dans le ganglion, et la plupart des fibres centrifuges leur centre trophique en dehors du ganglion. Les résultats de leurs expériences sont en désaccord avec la doctrine classique sur quelques points secondaires. Ainsi les fibres centrifuges cardiaques ne dégénèrent pas toutes après section du tronc nerveux (soit au-dessous, soit au-dessus du ganglion). D'autre part, après la section du tronc nerveux au-dessous du ganglion, on observe au-dessus de la surface de section et même au-dessus du ganglion la dégénérescence d'un certain nombre de fibres qui cependant restent en rapport avec les centres nerveux. Les auteurs admettent que ces fibres ne se maintiennent intactes que si elles sont parcourues régulièrement par des excitations fonctionnelles.

L'un des auteurs, Joseph, avait déjà trouvé antérieurement qu'une partie des fibres centripètes ne présentent aucune relation avec les cellules du ganglion spinal.

Les expériences sur le temps perdu dans la production des réflexes respiratoires, suivant que l'excitation sensible est portée sur le nerf au-dessous et au-dessus du ganglion, ont donné dans le premier cas une valeur moyenne de 0.123 seconde, dans le second cas une valeur moyenne de 0.087. La présence du ganglion dans l'arc nerveux réflexe allonge donc le temps de la réaction réflexe de plusieurs centièmes de seconde.

LÉON FREDERICQ.

L'anémie expérimentale comme procédé de dissociation des propriétés motrices et sensitives de la moelle épinière, par Léon FREDERICQ (*Acad. roy. de Belgique, t. XVIII, n°* 7, 1889).

L'auteur pratique l'occlusion de l'aorte (procédé de Sténon, Swam-

merdamm) au moyen d'une sonde introduite par la carotide et terminée par une ampoule que l'on peut remplir ou vider à volonté. On constate alors les phénomènes qui se déroulent dans l'ordre suivant : 1° Période d'excitation motrice de la moelle qui survient 25 secondes après l'occlusion : pattes dans l'extension forcée, raideur de la queue, contractions tétaniques durant un quart de minute. 2° Paralysie motrice, complète au bout de 40 secondes : defécation : suintement d'urine. La sensibilité est encore intacte. 3° La période d'excitation sensitive de la moelle débute deux minutes après l'occlusion : plaintes, hurlements. 4° La période d'anesthésie survient 3 minutes et demie après l'occlusion de l'aorte. On s'en assure en excitant le sciatique préalablement dénudé. Les organes périphériques sont atteints plus tardivement : d'abord les plaques musculaires terminales, puis les muscles, puis les cordons nerveux.

Si l'occlusion n'a duré que quelques minutes, le retour des fonctions est possible. On voit reparaître : 1° la sensibilité ; 2° la motilité qui ne se montre que longtemps après et d'une manière d'abord imparfaite. A. D.

Wirkung der Galle auf die Herzbewegung (Action de la bile sur les mouvements du cœur), par Fr. SPALLITTA (*Untersuch. zur Naturlehre von Jac. Moleschott. Giessen*, 1889, *Band XIV*, *p.* 44).

On sait, par la clinique aussi bien que par l'expérimentation, que le pouls est ralenti dans le cas où la bile est résorbée dans le sang. L'auteur se propose d'expliquer ce ralentissement par des expériences sur le cœur séparé de la grenouille, soumis à l'action des sels biliaires. L'action serait due à une influence exercée sur les nerfs intra-cardiaques modérateurs. A. D.

Ueber die gegenseitige Beziehungen des Herzens und der Gefässe (Sur les relations réciproques du cœur et des vaisseaux), par J. E. JOHANSSON et R. TIGERSTEDT (*Skand. Arch. f. Physiol.*, *I*, *p.* 331, 1889).

La remarquable tendance que présente la pression sanguine à conserver sa valeur normale moyenne au cours d'expériences de saignées ou de transfusions est attribuée généralement à une accommodation de la capacité de l'arbre circulatoire au volume de son contenu et à des phénomènes de transsudation ou de résorption de liquide qui se passent entre les vaisseaux et les tissus (y compris les variations dans l'activité sécrétoire des reins, des glandes intestinales, etc). Les expériences des auteurs montrent qu'il faut également tenir compte du travail du cœur. Les ventricules peuvent ne pas se vider complètement à chacune de leurs systoles dans les cas de transfusions copieuses. Nous renvoyons à l'original pour le détail des expériences et des conclusions que les auteurs en tirent. LÉON FREDERICQ.

Les variations respiratoires du rythme du cœur et de la forme du pouls, par E. WERTHEIMER et E. MEYER (*Arch. de physiologie*, *n*os 1-2, *p.* 24, 1889).

1° Chez un chien qui a subi la section sous-bulbaire de la moelle et dont les pneumogastriques sont intacts, chaque mouvement respiratoire de la tête s'accompagne d'une accélération des battements du cœur.

Le même phénomène s'observe, dans certaines circonstances, chez l'animal dont la moelle est intacte, mais hors d'état de fonctionner, et dont la tête respire alors indépendamment du tronc. C'est ce qui arrive quelquefois après l'introduction d'une certaine quantité de carbonate de soude dans les artères du chien.

Comme, dans ces conditions, l'influence de la respiration sur la circulation ne peut plus s'exercer qu'au niveau des centres bulbaires, on peut étudier les relations fonctionnelles de ces derniers, et constater que l'activité du centre régulateur de la respiration s'accompagne d'une diminution de tonicité du centre modérateur du cœur.

2° Chez l'homme, et particulièrement chez les sujets jeunes, le pouls présente, ainsi que l'ont déjà signalé divers auteurs, des irrégularités et des inégalités périodiques rythmées avec la respiration, très manifestes surtout dans les respirations profondes.

L'irrégularité, d'origine nerveuse, centrale, est la cause même de cette inégalité.

3° « Dans l'effort inspiratoire, les pulsations, au lieu d'être accélérées, diminuent, au contraire, de fréquence ou même disparaissent complètement. Le ralentissement est cependant ordinairement précédé de l'accélération normale ; il est dû à l'excitation du nerf d'arrêt du cœur, comme le démontrent les effets de l'atropine. »

Nouvelles recherches sur un cas d'ectopie cardiaque pour servir à l'étude du pouls jugulaire normal et d'une variété de bruit de galop, par F. FRANCK (*Arch. de physiologie*, *n°* 1, *p.* 70, 1889).

Une femme atteinte d'ectocardie et qui a déjà servi à des travaux antérieurs fournit à François-Franck l'occasion de contrôler certains points de la physiologie et de la pathologie cardiaques. L'examen de ce sujet l'a amené aux conclusions suivantes :

1° Le souffle systolique de la base du cœur, dit souffle anémique, est, au moins dans un certain nombre de cas, un souffle aortique; mais ce n'est pas un souffle organique de rétrécissement aortique, c'est un souffle inorganique.

2° Le bruit de galop méso-diastolique ne résulte pas toujours de la contraction anticipée de l'oreillette. La diminution de la tonicité du myocarde est une des conditions favorables à la production de ce bruit de galop.

3° Lévacuation systolique des ventricules ne commence pas dès le début de la systole ventriculaire. Elle ne commence que quand la pression intra-ventriculaire est devenue supérieure à la pression aortique et pulmonaire. Le retard du début de l'évacuation augmente pendant l'expiration (résistance artérielle exagérée) et diminue pendant l'inspiration (résistance artérielle diminuée). La compression de l'aorte abdominale exagère le retard. Enfin celui-ci est toujours moindre que dans le cas de rétrécissement aortique.

4° Le début de la réplétion ventriculaire coïncide exactement avec le début du relâchement. Elle s'achève par la contraction de l'oreillette.

5° Les parois de l'oreillette en diastole permettent, par leur flaccidité, à l'aspiration thoracique (élasticité pulmonaire), renforcée à ce moment par l'évacuation du sang ventriculaire en dehors du thorax, de se trans-

mettre au sang veineux contenu dans la poitrine à son voisinage. De là la dépression brusque des jugulaires lors de la systole ventriculaire. Elle n'est donc pas due, comme le voulait Mosso, à l'aspiration exercée sur le sang veineux intra-thoracique par la diminution de volume des ventriculaires lors de leur systole. G. LION.

Note sur les rapports de la pression à la vitesse du sang dans les artères pour servir à l'étude des phénomènes vaso-moteurs, par S. ARLOING (*Arch. de physiol.*, *n*os 1-2, *p.* 115, 1889).

L'auteur établit que l'on ne peut juger des oscillations de la vitesse du sang par celles de la pression artérielle. La méthode manométrique est donc insuffisante pour l'étude des phénomènes vaso-moteurs, et la méthode hémodromographique est la seule qui puisse renseigner exactement et rapidement sur l'existence, la durée et l'intensité de ces phénomènes. G. LION.

Recherches sur les vaso-moteurs de la tête, par J.-P. MORAT (*Arch. de physiol.*, *n*os 1-2, *p.* 196, 1889).

L'expérimentation a montré que la région bucco-faciale reçoit ses nerfs vaso-dilatateurs d'une double source : l'une bulbaire, suivant le trijumeau ; l'autre médullaire, suivant les racines antérieures des nerfs dorsaux, et le sympathique, venant se confondre avec ces nerfs dans le trijumeau. Mais où se fait exactement cette convergence : dans le tronc de la cinquième paire ou dans ses branches? C'est le point que Morat s'est attaché á élucider.

Les expériences lui ont d'abord montré que les vaso-dilatateurs bucco-faciaux, émanés du ganglion cervical supérieur, ne suivent pas la voie du plexus intercarotidien, mais celle du plexus carotidien. Or celui-ci fournit trois rameaux anastomotiques avec le trijumeau : l'un va au ganglion ophtalmique, le second, au ganglion sphéno-palatin, le troisième, au ganglion de Gasser. C'est au niveau de ce dernier ganglion que les fibres vaso-dilatatrices bucco-faciales fournies par le sympathique rejoignent le trijumeau.

Les nerfs vaso-dilatateurs de la région bucco-faciale suivent donc la chaîne du sympathique cervical, puis le rameau anastomotique cervico-gassérien, et, arrivés au ganglion de Gasser, s'adjoignent d'autres nerfs dilatateurs provenant directement du bulbe par la racine du trijumeau.

Le ganglion de Gasser paraît donc n'être pas seulement un ganglion sensitif, mais aussi un ganglion sympathique. Pour trancher cette question, il faudrait rechercher dans le ganglion les cellules multipolaires caractéristiques des ganglions du sympathique.

D'autre part, Budge et Waller, puis François-Franck, ont montré que le rameau anastomotique cervico-gassérien contient également les nerfs dilatateurs de la pupille. Tous ces résultats montrent l'importance de ce rameau. Si l'on considère qu'il renferme en outre des constricteurs, on est amené à le regarder comme le prolongement intra-cranien de la chaîne du sympathique, les autres rameaux des plexus carotidien et caverneux n'étant que des rameaux de distribution. G. LION.

Over regeneratie en hyperplasie van leucocythen in het circulierende bloed, par SPRONCK (*Weeksblad v. h. Ned. tijdschr. v. Geneeskunde, n° 20, 1889*).

Flemming a trouvé que les globules blancs du sang se multiplient dans les organes lymphoïdes par le mécanisme de la segmentation indirecte, et les études récentes de Denys ont mis ce fait hors de doute. — S... s'est donné la tâche de rechercher comment se comportent les leucocytes dans le torrent circulatoire chez les mammifères adultes.

La méthode employée est différente selon qu'il s'agit des animaux ou de l'homme.

Chez les animaux, un tronçon d'artère est isolé par deux ligatures, extirpé, fixé, etc. ; chez l'homme, on se contente d'agiter le sang fraîchement extrait de la veine avec la solution de Flemming. L'examen des préparations colorées à la safranine a donné les résultats suivants :

1° On trouve constamment des globules blancs en voie de karyokinèse ;

2° La numération exacte fait voir qu'il existe en moyenne une mitose sur mille globules blancs ;

3° La karyokinèse s'observe sur les leucocytes véritables ;

4° La régénération se fait dans le sang en circulation tout comme dans les organes lymphoïdes ;

5° Dans la leucocythémie (même dans la forme splénique) on peut observer une prolifération excessive des globules blancs dans le torrent circulatoire ;

6° Dans un cas (dont l'auteur donne l'observation détaillée) où le chiffre des leucocytes atteignait un septième des globules rouges, on a trouvé par millimètre cube de sang 424 mitoses, au lieu de 8, chiffre normal ;

7° On peut comparer la leucocythémie à la pullulation d'une tumeur ; on pourrait donc employer le terme de leucocytome du sang.

H. BARTH.

De l'énervation partielle des muscles, par A. CHAUVEAU (*Arch. de physiol. n°s 1 et 2, p. 126, 1889*).

Tous les histologistes admettent que, dans certains muscles des petits mammifères, chaque faisceau primitif, s'étendant d'une extrémité à l'autre du muscle, ne possède qu'une seule terminaison nerveuse. En est-il de même dans les très longs muscles à faisceaux parallèles de l'homme et des grands mammifères. Telle est la question dont Chauveau a demandé la solution à la physiologie. L'expérimentation sur le muscle sterno-maxillaire du cheval (sterno-mastoïdien de l'homme) lui a fourni cette solution. Les faisceaux d'un muscle long, qui se raccourcissent dans toute leur longueur quand on excite le nerf intact, ne se contractent plus qu'à une extrémité si les rameaux nerveux, qui se distribuent dans cette partie du muscle, ont seuls conservé leur intégrité, les autres étant paralysés par une section transversale du nerf. Donc, les ramuscules abandonnées par les nerfs intra-musculaires sur les divers points de leur trajet se distribuent à des parties différentes des mêmes faisceaux ; donc il y a multiplicité des plaques motrices terminales, point de départ des ondes de contraction.

On peut même ajouter que ces plaques motrices sont assez rappro-

chées les unes des autres, et que le champ de leur activité est certainement peu étendu.

Il restera à déterminer si le département physiologique des plaques nerveuses motrices ne répond pas à un département anatomique nettement délimité, c'est-à-dire si les faisçeaux primitifs ne se décomposeraient pas en segments distincts, étroitement ajustés bout à bout et pourvus chacun d'une terminaison nerveuse. G. LION.

Relations entre la forme de l'excitation électrique et la réaction névro-musculaire au double point de vue de la physiologie et de la thérapeutique, par A. D'ARSONVAL (*Arch. de physiol.*, *n*os 1 *et* 2, *p.* 246, 1889).

A. d'Arsonval prouve d'abord, expérimentalement, qu'il n'y a aucun rapport entre l'énergie d'une excitation électrique et la contraction musculaire qui en résulte. Pour définir complètement au point de vue physiologique l'excitation électrique, il faut la connaissance d'un troisième facteur, le plus important, le temps; le problème est donc complexe. L'auteur est parvenu à définir scientifiquement et à réaliser matériellement une unité d'excitation électrique. L'auteur adopte comme unité d'excitation celle qui correspond à une variation du potentiel de 1/100e de volt se produisant en 1/100e de seconde à travers un condensateur de 1/100e de micro-Farad. Il propose de donner à cette unité rationnelle le nom de Galvani.

Dans un prochain mémoire, l'auteur doit relater des expériences établissant que :

1° L'excitabilité du nerf est mise en jeu surtout par la rapidité et la grandeur de la variation du potentiel;

2° Celle du muscle est au contraire mise en jeu surtout par la quantité et la hauteur de chute du potentiel, c'est-à-dire par l'énergie physique de l'excitation ;

3° Les effets réputés si différents des excitations par la pile et par les appareils d'induction tiennent exclusivement à la forme de la caractéristique d'excitation. On peut, en modifiant légèrement la construction des appareils d'induction, obtenir tous les effets dus à la pile. G. LION.

Sur la phase de la contraction musculaire pendant laquelle se fait le début du dégagement de chaleur, par MENDELSOHN (*C. R. Soc. biologie*, 6 *juillet* 1889).

Toute contraction musculaire provoquée ou volontaire s'accompagne d'une production de chaleur. Entre le moment de l'excitation du muscle et celui du dégagement de chaleur s'écoule un certain temps, très court, mais susceptible de mesure. Cette période latente de la production calorique du muscle est de 0,005 à 0,006 de seconde, inférieure par conséquent à la période latente de la contraction musculaire. Il s'ensuit que le début de la production de chaleur dans le muscle se fait déjà pendant la période latente de la contraction musculaire.

La période latente du muscle n'est donc pas une période d'inactivité : elle comporte déjà un certain dégagement de forces vives.

La production de chaleur continue pendant le raccourcissement.

PAUL LOYE.

Ueber die Wärmeregulation beim Menschen, nach Versuchen des Hrn. A. Lœwy (Sur la régulation de la température chez l'homme, d'après les expériences de A. Lœwy), par N. ZUNTZ (*Archiv für Physiologie*, *p.* 558, 1889).

L'augmentation de la thermogenèse (mesurée par l'augmentation dans la consommation d'oxygène et dans la production de CO^2) sous l'influence du froid extérieur n'est pas constante chez l'homme. Les auteurs ne la constatent que dans la moitié de leurs expériences faites sur 16 personnes (âge compris entre 21 et 65 ans). Cette augmentation, quand elle se montre, doit être localisée dans les muscles et rapportée aux contractions musculaires (tremblement musculaire) qui accompagnent la sensation de froid. Si le sujet parvient à empêcher le tremblement et la contraction musculaire, la consommation d'oxygène n'augmente pas. Ces résultats expérimentaux ne s'appliquent qu'à l'homme : il est infiniment probable que chez les petits animaux, chez le cochon d'Inde par exemple, l'augmentation des combustions interstitielles se produit sous l'influence du froid d'une façon absolument inconsciente et réflexe, et que l'animal ne pourrait l'empêcher même en relâchant volontairement ses muscles.

LÉON FREDERICQ.

Sécrétion de la salive, et principalement des sels qui y sont contenus, par J.-N. LANGLEY et FLETCHER (*Philosophical Transactions of the Royal Society p.* 109, 1889).

La quantité centésimale de sels contenus dans la salive dépend de la rapidité de la sécrétion. Cette loi, établie par Heidenhain (1868), est vérifiée par les auteurs de ce mémoire. La salive lentement sécrétée est la moins riche en sels; plus la sécrétion devient rapide, plus la proportion de sels augmente, sans que la concentration saline s'accroisse pourtant aussi vite que la rapidité sécrétoire. La loi se vérifie encore dans le cas de sécrétion obtenue par la pilocarpine. La sécrétion sympathique est plus chargée en sels que la sécrétion cordo-tympanique de même vitesse. L'état dyspnéique diminue la vitesse de la sécrétion (ou l'accroît ultérieurement), mais fait monter la quantité de sels et de matières organiques. De même la compression de la carotide et la saignée. L'injection de solutions salées diluées accroît la vitesse de sécrétion, mais diminue la teneur en sels et en matières organiques. Avec la solution de carbonate de soude à 2 0/0, la teneur en sels est normale, la teneur en matières organiques est légèrement diminuée. Avec les solutions concentrées, la salive est également plus concentrée. Après administration de l'atropine, la salive provoquée par excitation de la corde du tympan ou par injection de pilocarpine est pauvre en sels et en matières organiques. Si l'on injecte dans le sang du citrate de lithine, de l'iodure de potassium, du ferrocyanure de potassium et de la pilocarpine, le lithium peut être décelé dans la première goutte de salive sécrétée, l'iode dans la sixième goutte : le ferrocyanure ne peut l'être à aucun moment. A. D.

Innervation de la glande sous-maxillaire. Sur la suspension d'actions nerveuses excito-sécrétoires, par E. GLEY (*Arch. de physiologie*, *n*os 1 *et* 2, *p.* 151).

Les glandes salivaires sont soumises à des influences nerveuses qui suspendent leur fonctionnement, c'est-à-dire à des influences d'arrêt.

Gley a constaté le fait sur la glande sous-maxillaire. Il enregistre l'écoulement salivaire. Normalement, l'excitation du bout central du nerf sciatique produit une abondante sécrétion. Si l'on excite simultanément par un courant induit le sciatique et la corde du tympan d'un côté, la sécrétion est plus abondante que par l'excitation d'un seul de ces deux nerfs. Mais, si l'on excite d'abord la corde du tympan seule par un courant suffisant pour obtenir une salivation notable, et si, pendant que cette sécrétion est en pleine activité, on excite par un courant d'intensité double le bout central du sciatique, cette excitation nouvelle reste généralement sans effet. Il y a donc suspension de l'influence excito-sécrétoire du sciatique. Pour obtenir ce résultat, il faut que les deux excitations se succèdent très rapidement, sinon elles sont suivies toutes deux de leur effet positif.

Si l'on remplace l'excitation de la corde du tympan par une injection de pilocarpine, qui possède la même influence excito-sécrétoire, l'excitation du bout central du sciatique se montre encore inefficace, et il en est de même de l'excitation de la corde du tympan, quand on la pratique, alors que la sécrétion est très active. Si l'on excite dans les mêmes conditions le bout supérieur du vago-sympathique, la sécrétion se ralentit ou même s'arrête, et cet effet paraît indépendant de la vaso-constriction.

Comment interpréter ces faits ? Il est probable que, suivant l'état de l'organe, les nerfs qui s'y rendent manifestent, quand on les excite, des effets positifs ou suspensifs. L'auteur rapproche les effets opposés de l'excitation du sciatique, selon que la glande est au repos ou en pleine activité, de la loi de l'inexcitabilité périodique du cœur, établie par Marey. On pourrait même généraliser et dire que, dans beaucoup de cas, suivant les conditions des organes, l'excitation de ces organes ou des nerfs qui y aboutissent produit des effets inverses. A son tour, cette loi rentre dans un ordre de faits plus général, celui des faits d'inhibition.

LION.

Beruht die Wirksamkeit des menschlichen Parotisspeichel und des Darmsaftes des Hundes auf Mikroorganismen ? (L'activité de la salive parotidienne de l'homme et du suc intestinal du chien dépend-elle des microorganismes ?) par S. FUBINI et BLASI (*Untersuch. zur Naturlehre von Jac. Moleschott. Giessen, Band XIV, p.* 23).

On peut recueillir, chez l'homme, la salive parotidienne par cathétérisme du canal de Stenon, après avoir pris toutes les précautions antiseptiques. On constate alors que ce liquide possède un pouvoir diastasique marqué et point de microorganismes.

La même constatation peut être faite pour le suc intestinal chez le chien, après avoir pratiqué une fistule Thiry-Vella. A. D.

Die Bewegungen des Pylorus (Les mouvements du pylore), par R. BASTIANELLI (*Untersuch. zur Naturlehre. von Jac. Moleschott, Band XIV, p.* 59, 1889).

Étude expérimentale dont voici les conclusions : l'anneau pylorique est fermé quand l'estomac est vide et présente une certaine résistance. — Il se contracte et se relâche rythmiquement sous l'influence d'une excitation mécanique durable. Ce mouvement présente des variétés de rapidité et de force suivant les cas. Il est beaucoup diminué dans l'ané-

mie. L'excitation du cul-de-sac ne provoque pas de mouvements du pylore. Les contractions de celui-ci survivent à la section des nerfs vagues au cou : l'excitation de ces cordons provoque des contractions cloniques et quelquefois tétaniques. La section des splanchniques n'influence pas ce dernier phénomène : leur excitation dans le thorax arrête ordinairement le mouvement, et celui-ci ne reprend qu'après une certaine période de relâchement. A. D.

Zur Frage nach dem Schicksal der Eiweissnahrung im Organismus (Étude de l'évolution des albuminoïdes alimentaires dans l'organisme), par R. NEUMEISTER (*Verhandl. der physik-medicin. Gesellsch. zu Würzburg*, *p.* 64, 1889).

Il n'est pas nécessaire que les albuminoïdes soient digérés pour être résorbés. Mulder, Meissner, Schmidt-Mülheim l'ont cru à tort. Mais Brücke (1885) Voit et Bauer (1869), Eichhorst (1871), Czerny et Latschenberger (1874), Javorski et Glucinsky (1885), Ogata (1883) ont réformé cette vue. L'auteur constate que dans l'estomac du lapin on trouve peu de peptones, point dans l'intestin grêle, ce qui prouverait que les albuminoïdes sont absorbés dès le premier stade de la digestion à l'état de syntonines ou de protoalbumoses. A la vérité, l'albumine d'œuf rapidement injectée dans le sang est éliminée par le rein : mais cette élimination n'a plus lieu si l'albumine a été préalablement transformée en syntonine ou en albuminate par les acides ou les alcalis. Du reste, les transfusions ne produisent point d'albuminurie. — D'autre part, on sait que les albuminoïdes transformés en peptones par la digestion sont retransformés en albuminoïdes presque immédiatement dans l'organisme, Plosz (1874), Maly (1874), Adamkiewicz (1867), Salvioli (1880), Hofmeister (1882), van Ott (1883), Popoff (1889), Julie Brinck (1889) ont bien mis cette transformation en lumière. On ne trouve jamais de peptones ni d'albumoses dans le sang, le foie ne détruit pas les peptones et ne les transforme point en sucre, elles n'arrivent point jusqu'à lui. Injectées dans le sang ou sous la peau, elles passent immédiatement dans les urines ou dans l'intestin lorsque l'injection est poussée trop rapidement. A. D.

Beiträge zur Chemie der Verdauungsvorgänge (Contribution à la chimie des processus digestifs), par NEUMEISTER (*Verhandlungen der physk.-medicinish. Gesellsch. zu Würzburg*, *p.* 74, 1889).

Les peptones sont le produit final de la digestion de l'albumine par la pepsine : les albumoses ou propeptones sont les produits intermédiaires. La digestion pancréatique, en l'absence de tout processus de putréfaction, transforme la moitié de la molécule d'albumine en tyrosine, leucine et en un corps qui traité en solution acide par le chlore ou le brome produit une belle couleur violette et est soluble dans l'alcool amylique. — Hoppe-Seyler a prétendu que cette substance se produirait même dans le cas de la digestion gastrique. Neumeister s'assure que cela n'a pas lieu avec la pepsine pure.

Le sulfate de cuivre en solution neutre, le biiodure de mercure dissous dans l'iodure de potassium en présence des acides, l'acide picrique en excès, n'ont point d'action sur les peptones vraies, mais précipitent seu-

lement les albumoses. — Pour précipiter les peptones il faut employer l'acide tannique en solution acétique faible; l'excès peut dissoudre le précipité; l'acide phosphomolybdique; enfin le chlorure double d'argent et de mercure en solution neutre. Mais les deux premiers procédés précipitent très imparfaitement les peptones, et pas les deutero-albumoses d'une manière absolue. A. D.

Ueber die nervösen Vorrichtungen des Magens. Experimentelle Studien. (Études expérimentales sur les appareils nerveux de l'estomac), par OPPENCHOWSKI (*Centralblatt für Physiologie, p.* 1, 13 *avril* 1889.) — **Ueber Centren und Leitungsbahnen für die Musculatur des Magens (Sur les centres et les voies d'innervation de la musculature de l'estomac), par LE MÊME** (*Archiv für Physiologie, p.* 549, 1889).

Cardia. Outre le plexus nerveux d'Auerbach qui joue le rôle de centre nerveux réflexe (espèce de moelle épinière de l'estomac) pour la paroi stomacale, la région cardiaque contient des amas de cellules ganglionnaires qui président à l'automatisme du cardia et auxquelles aboutissent des fibres nerveuses constrictives ou dilatatrices provenant du pneumogastrique ou du grand sympathique.

Contraction du cardia. Un centre constricteur se trouve dans les tubercules quadrijumeaux postérieurs. Les fibres descendent en grande partie par les pneumogastriques, surtout le gauche, en plus petite partie par les cordons antérieurs de la moelle épinière; ces dernières quittent la moelle de la cinquième à la onzième vertèbre dorsale et suivent ensuite la voie des deux splanchniques. Toutes ces fibres aboutissent au plexus d'Auerbach.

Dilatation du cardia. Les centres dilatateurs sont situés à la réunion de l'extrémité antéro-inférieure du noyau caudé et du noyau lenticulaire, à une petite distance de la commissure antérieure Ces centres sont en relation avec un centre cortical situé au niveau du sillon crucial. Les fibres dilatatrices descendent par la voie des deux pneumogastriques qu'ils quittent au niveau du quart inférieur de l'œsophage, où ils se réunissent pour former *le nerf dilatateur du cardia*, qui aboutit dans les ganglions automatiques.

D'autres centres dilatateurs sont situés dans les parties supérieures de la moelle épinière; les fibres nerveuses qui en partent descendent par les faisceaux antérieurs et passent dans le plexus aortique par les *rami molles* pour gagner de là le cardia; il y a également des fibres dilatatrices dans le petit splanchnique. Le petit splanchnique paraît contenir des fibres centripètes dont l'irritation provoque par la voie du pneumogastrique un réflexe d'ouverture du cardia. L'excitation des reins, de l'utérus, de la vessie, de l'intestin, du sciatique peuvent par voie réflexe provoquer l'ouverture du cardia.

La paroi stomacale contient un petit nombre d'amas de cellules ganglionnaires; elles tiennent sans aucun doute sous leur dépendance les mouvements péristaltiques de l'estomac.

Un *centre excitateur* des mouvements de l'estomac se trouve dans les tubercules quadrijumeaux. Les fibres descendent par les pneumogastriques et par la moelle épinière; ces dernières sortent par la partie inférieure de la moelle dorsale.

La partie supérieure de la moelle dorsale contient des *centres d'arrêt :* les fibres qui en partent traversent le sympathique et le splanchnique.

Pylore et portion pylorique. Les centres constricteurs du cardia (tubercules quadrijumeaux) agissent comme arrestateurs de la portion pylorique. Les centres dilatateurs du cardia et le nerf dilatateur du cardia agissent comme constricteurs du pylore. On peut également obtenir une dilatation du pylore par excitation de l'olive et une contraction par l'excitation des tubercules quadrijumeaux. Les fibres de contraction descendent principalement par les pneumogastriques et en moindre quantité par la moelle épinière.

Vomissement. L'auteur admet, contrairement à l'opinion de Magendie, que l'estomac joue un rôle actif dans le vomissement. La portion cardiaque est dilatée et immobile, le reste de l'estomac est parcouru par des ondes péristaltiques, le pylore est fermé, la portion pylorique fortement contractée pousse le contenu de l'estomac vers le cardia qui s'ouvre. Le vomissement est rendu impossible par l'anémie de l'estomac (ligature de l'aorte thoracique).

L'auteur s'occupe ensuite de l'action des vomitifs et croit ne pas devoir admettre l'existence d'un centre unique pour le vomissement.

LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss der Zubereitung auf die Verdaulichkeit von Rind und Fischfleisch, nach Versuchen von Hrn. Popoff (Influence du mode de préparation sur la digestibilité de la viande de bœuf et de poisson, d'après les expériences du Dr Popoff), par E. HERTER (*Archiv für Physiologie, p.* 561, 1889).

Les expériences de digestion artificielle ont montré que la cuisson a une double action : la coagulation des matières albuminoïdes qui diminue leur digestibilité, et la dissolution du tissu conjonctif et la dissociation des fibres musculaires qui rend ces dernières plus facilement attaquables par le suc gastrique. Cette dernière action est surtout importante quand il s'agit de chair de poisson. La chair d'anguille crue est naturellement moins digestive que la viande de bœuf crue. La cuisson a pour effet de diminuer dans les deux cas la digestibilité : mais cette diminution est moins sensible en ce qui concerne la chair d'anguille, pour le motif signalé plus haut. Aussi la chair d'anguille cuite est presque aussi digestive que la chair musculaire cuite. La chair de plie et d'anguille salée, fumée et séchée, se montre de digestion assez facile, contrairement à l'opinion généralement admise. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Verdauung des Schweines (Sur la digestion chez le porc), par ELLENBERGER et HOFMEISTER (*Archiv für Physiologie, p.* 147, 1889).

Ce travail fait partie d'une série de recherches que les auteurs poursuivent depuis plusieurs années sur la digestion du porc. Nous ne les suivrons pas dans le détail de leurs expériences et nous nous bornerons à quelques-uns des faits intéressants signalés par eux.

La salive du porc, surtout la salive parotidienne, est extrêmement riche en ferment diastatique, mais ne contient pas de sulfocyanure de potassium.

Le suc gastrique contient la pepsine, le ferment de la présure, un ferment diastatique très actif, un ferment saponifiant les graisses peu actif et le ferment lactique. Près de la moitié des substances hydrocarbonées sont digérées et résorbées dans l'estomac.

La bile ne contient pas de ferment diastatique; ce ferment se rencontre seul dans le suc intestinal et associé à la tripsine et au ferment saponifiant dans le suc pancréatique.

Après avoir exposé les résultats généraux de leurs expériences antérieures, les auteurs entrent dans les détails d'une série de quatre expériences sur la digestion des pommes de terre dans le tube digestif du porc. Cette digestion est achevée aux trois quarts au bout de six heures. LÉON FREDERICQ.

Ein Beitrag zur Lehre von der Fettresorption (Contribution à la doctrine de la résorption de la graisse), par E. GRÖPER (*Archiv für Physiologie, p.* 505, 1889).

On admet généralement, sur la foi des expériences de V. Wistinghausen, que la bile favorise le passage de l'huile à travers les membranes organiques et que l'huile monte plus haut dans des tubes au des espaces capillaires lorsque ceux-ci ont été au préalable mouillés de bile. Gröper a repris ces expériences et est arrivé à un résultat absolument négatif. Le contact de la bile ne favorise en aucune façon le passage de l'huile à travers les pores ou les canaux capillaires. LÉON FREDERICQ.

Contribution à l'étude de l'influence des chlorures sur la composition du suc gastrique, par H. GIRARD (*Arch. de physiol., n°* 3, *p.* 595, 1889).

H. Girard s'est livré à de nouvelles recherches sur la question. Par de fortes doses de chlorure de sodium injectées dans l'estomac, il a déterminé un catarrhe neutralisant le suc gastrique. Quant aux petites doses, elles n'exercent aucune influence appréciable. Enfin les injections rectales de quelques grammes de chlorure de sodium ont paru déterminer la sécrétion d'un suc gastrique très riche en acide chlorhydrique et en pepsine. Mais cette action se manifeste plutôt qualitativement que quantitativement, la sécrétion du suc gastrique se trouvant ralentie, en même temps qu'il devient de plus en plus dense et de plus en plus actif. Il est vrai que la diarrhée, qui suit les lavements salins, provoque très probablement une concentration des liquides de l'organisme. G. LION

Recherches sur la sécrétion du suc gastrique actif, par H. GIRARD (*Arch. de physiologie, n°* 3, *p.* 1, 1889).

Après avoir injecté dans le rectum d'un chien des matières dites peptogènes, G. a recueilli, au bout de 3, 4, 5, 10, 15 minutes, le suc gastrique, dont il a étudié le pouvoir digestif *in vitro*. Ces recherches lui ont donné les résultats qui suivent :

1° On n'observe jamais un suc gastrique absolument dépourvu de pepsine, mais on constate des différences quantitatives si considérables que l'épithète de véritablement actif paraît indispensable pour qualifier le suc sécrété dans certaines conditions.

2° Pour constater qu'un suc gastrique est véritablement actif, il ne

faut pas s'en rapporter à la digestion de la fibrine dans l'estomac ou à l'étuve. La digestion de l'albumine coagulée est le seul réactif utilisable.

3° Le suc gastrique d'un animal privé de nourriture depuis 16 à 20 heures est presque complètement inactif.

4° L'absorption de matériaux alimentaires dans le gros intestin a sur la composition du suc gastrique et sur son pouvoir digérant une influence indéniable.

Les substances alimentaires absorbées ne produisent donc pas directement la pepsine : elles contribuent à la transformation de la propepsine en pepsine. Quant aux substances peptogéniques, ce sont, comme l'a montré Schiff, le pain, la gélatine, la dextrine, l'extrait aqueux de viande, les peptones, l'infusion de café, le fromage, le lait. G. LION.

Contribution à l'étude des relations entre la bile et le sucre du foie. La glycogénèse dans l'ictère, par A. DASTRE et M. ARTHUS (*Arch. de physiol.*, *n°* 3, *p.* 473, 1889).

Dastre et Arthus se sont proposé de savoir comment variait la production glycogénique dans le foie lorsque la production biliaire se trouvait entravée, sans lésion organique de la glande.

Cette constatation ne peut être faite que par la méthode de l'ictère partiel, qui permet de comparer une portion de foie ictérique à une portion saine, chez le même animal, au même moment, toutes les autres conditions étant égales d'ailleurs. Le procédé consiste à lier ou réséquer, chez le chien, l'un des conduits hépatiques principaux, ou deux de ces canaux simultanément, suivant que l'on veut étendre ou restreindre le champ de l'altération. On analyse comparativement les parties saines ou ictériques du foie, en sacrifiant l'animal entre le sixième et le quinzième jour.

Evaluant ainsi la teneur du tissu hépatique en sucre total (sucre actuel et glycogène), ou seulement en glycogène, les deux auteurs ont toujours constaté dans le foie ictérique un abaissement du pouvoir glycogénique, dans la proportion de 10 à 12 ou 13.

Cette modification du pouvoir glycogénique, même dans ces limites restreintes, doit exercer un retentissement appréciable sur la nutrition.

G. LION.

Ueber das Aufsaugungsvermögen der Organe der Bauchhöhle (Sur le pouvoir de résorption des organes de la cavité abdominale), par PISENTI (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 849, 1889).

La rate d'un chien vivant est amenée hors de l'abdomen par une incision de la paroi, tout en restant en relations vasculaires et nerveuses normales avec l'organisme. L'expérience est disposée de manière à ce que la rate puisse être plongée en entier dans une solution tiède (39° c.) d'une substance cristalloïde (strychnine, ferrocyanure de potassium, sulfocyanure de potassium, sels d'ammonium) ou colloïde (hémoglobine, amygdaline, émulsine), facile à retrouver dans l'urine, ou présentant des propriétés toxiques caractéristiques.

Toutes ces substances (à l'exception de l'hémoglobine qui fournit des résultats douteux) furent rapidement absorbées à la surface de la rate, principalement par les vaisseaux sanguins. Les origines de la veine

porte semblent dont jouer un rôle considérable dans la résorption des liquides intrapéritonéaux : on comprend qu'une stase sanguine dans le système porte puisse diminuer ou supprimer cette résorption et concourir à la formation d'épanchements péritonéaux par défaut de résorption des liquides normalement transsudés. LÉON FREDERICQ.

Ueber centrale und periphere Darminnervation (Sur l'innervation centrale et périphérique de l'intestin), par W. BECHTEREW et N. MISLAWSKI (*Archiv für Physiologie*, 1889. — *Supp. p.* 243).

Les auteurs résument eux-mêmes de la façon suivante les résultats de leurs recherches :

1° Le tonus normal de l'intestin et le rythme de ses mouvements péristaltiques sont sous la dépendance d'appareils nerveux périphériques situés dans l'épaisseur de la paroi intestinale.

2° L'innervation de l'intestin grêle et du gros intestin sont en outre sous la dépendance des pneumogastriques et du grand sympathique;

3° Les pneumogastriques se distribuent principalement à l'intestin grêle et à la partie supérieure du gros intestin;

4° Les pneumograstriques contiennent un petit nombre de fibres modératrices, mais surtout exercent une action excitante sur les contractions de l'intestin ;

5° Les splanchniques exercent d'ordinaire une action d'arrêt sur les mouvements intestinaux, mais contiennent aussi quelques fibres excito-motrices.

6° L'action du grand sympathique thoracique est variable ;

7° et 8° Il existe dans l'encéphale des centres pour la contraction et pour le relâchement de l'intestin ; ils sont situés dans l'écorce cérébrale (circonvolution sigmoïdale et 2e circonvolution primitive, située en arrière et en dehors de la précédente) et dans les couches optiques ;

9° Ces centres communiquent avec l'intestin par la voie des pneumogastriques et par celle de la moelle épinière et des filets spinaux qui se rendent dans le grand sympathique ;

10° Les filets sympathiques qui se rendent chez le chien, à l'intestin grêle, proviennent des paires dorsales 6-13 et de la première paire lombaire; ceux qui se rendent au gros intestin sortent des autres paires lombaires et des trois paires sacrées (principalement des 6me et 7me paires lombaires et des trois paires sacrées). LÉON FREDERICQ.

I. — Ueber den Eiweissbedarf in gesunden und in einigen krankhaften Zuständen (Sur la consommation d'albumine à l'état de santé et dans quelques maladies), par G. KLEMPERER (*Archiv für Physiologie*, *p.* 361, 1889).

II. — Ueber die grösse des Eiweissbedarfes des Menschen (Sur l'importance de la consommation d'albumine de l'homme), par Muneo KUMAGAWA (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 209, 1889).

III. — Ueber den Eiweissumsatz beim hungernden Menschen (Sur la destruction d'albumine chez l'homme à jeun), par KLEMPERER (*Ibidem*, *p.* 897 *et* 947, 1889).

IV. — Ueber den Eiweissumsatz beim hungernden Menschen (Sur la destruction d'albumine chez l'homme à jeun), par Im. MUNK (*Ibidem*, 1889).

V. — Zusatz über die angebliche Tuberculose Cetti's (Addition concernant la prétendue tuberculose de Cetti), par SENATOR (*Ibidem, p.* 836, 1889).

VI. — Ueber die Wirkung einiger Narcotica auf den Eiweisszerfall (Action de quelques narcotiques sur la destruction de l'albumine), par E. SALKOWSKI (*Ibidem, p.* 945, 1889).

I. — L'auteur combat la doctrine de Voit, d'après laquelle l'organisme aurait besoin pour la ration d'entretien d'une quantité d'albumine notablement supérieure à celle qui correspond à l'excrétion typique de l'azote qui se montre pendant la privation complète de nourriture (expériences d'inanition). Il montre que l'homme sain peut vivre en ne consommant qu'une très petite quantité d'albumine (représentant 3,66 gr. et 3,88 gr. azote par 24 heures), et que dans beaucoup d'états pathologiques caractérisés par une destruction exagérée d'albuminoïdes (dyspnée, fièvre, anémie, diabète, etc.), on peut réduire notablement l'excrétion de l'azote par l'ingestion de grandes quantités de graisses.

II. — L'auteur, qui est Japonais (âge, 27 ans; poids, 48 kilog.), s'est soumis à une alimentation très pauvre en albumine (Riz contenant par jour 50,50 gr. albumine et 569,83 gr. d'hydrocarbonés, — la résorption intestinale correspondait à 37,82 gr. albumine et 566,7 gr. hydrocarbonés —), ce qui ne l'a pas empêché d'augmenter légèrement de poids (0,4 kilogr. en 9 jours) et d'augmenter le stock d'azote de son corps (fixation de 5,884 gr. d'azote). Cette minime quantité d'albumine, qui suffit à maintenir le corps en bonne santé, est inférieure à la quantité d'albumine qui est détruite dans l'organisme pendant les périodes d'abstinence complète (contrairement à la doctrine de Voit).

III. — Klemperer admet qu'à la suite d'une période de jeûne suffisamment prolongée, l'excrétion normale de l'azote tombe à la valeur minime de 3 à 5 grammes par jour. Les exceptions signalées à cette règle doivent s'expliquer, soit parce que l'expérience d'inanition n'avait pas été prolongée suffisamment et que le minimum de l'excrétion d'azote n'était pas encore atteint, soit par un état pathologique du sujet. L'auteur soupçonne que le chiffre élevé (9,47 gr. azote) trouvé chez Cetti au dixième jour du jeûne est dû à un état pathologique (tuberculose du sujet).

IV. — L'auteur cite plusieurs expériences d'inanition entreprises chez l'homme et où la consommation d'azote dépassait notablement les valeurs de 3,5 gr. d'azote par jour admises par Klemperer. Il n'admet pas l'explication de la tuberculose mise en avant pour le cas de Cetti.

V. — Cetti n'est pas tuberculeux, et le chiffre élevé d'azote excrété au dixième jour de l'expérience d'inanition ne peut être mis sur le compte d'un état pathologique, comme le veut Klemperer.

VI. — L'inhalation, mais surtout l'ingestion de chloroforme augmente considérablement l'importance de la destruction de l'albumine dans le corps (dosages d'azote dans les urines d'un chien soumis à la ration d'entretien avec maintien de l'équilibre d'azote du corps). La paraldéhyde et l'hydrate de chloral exercent une action analogue, tandis que l'éthérisation paraît sans effet. L. F.

Ueber die Wirkung organischer Farbstoffe auf das Gefieder der Vögel bei stomackaler Darreichung (Influence de l'ingestion des matières colorantes

organiques sur le plumage des oiseaux), par SAUERMANN (*Archiv für Physiologie*, *p.* 543, 1889).

Si l'on nourrit des canaris avec du poivre de Cayenne pendant la période de croissance des plumes, on constate le passage de la matière colorante rouge (capsicine) dans le plumage des jeunes oiseaux. La couleur pâlit sous l'influence de l'insolation. Elle paraît plus foncée par un temps humide, plus claire par un temps sec; elle disparaît à la première mue; elle reparaît sur les plumes nouvelles à condition que l'oiseau soit de nouveau soumis à une nourriture riche en poivre de Cayenne. Quelques expériences faites sur des poulets blancs fournirent des résultats analogues. L'auteur a fait des expériences avec les différentes substances que l'on peut extraire du poivre de Cayenne. Pour obtenir la coloration rouge, il faut que la capsicine soit associée à la graisse (trioléine) du poivre de Cayenne. Trioléine et capsicine passent ensemble dans les plumes. La matière colorante rouge passe également dans le jaune de l'œuf (en compagnie de la trioléine). Dans ce cas, le jaune d'œuf ne durcit plus par la chaleur de l'ébullition. Certaines couleurs d'aniline associées aux graines semblent également pouvoir se déposer dans les plumes. LÉON FREDERICQ.

CHIMIE MÉDICALE.

Ueber das Vorkommen von Zucker im Harne der Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen (De la présence du sucre dans l'urine pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches), par NEY (*Arch. für Gyn.*, *XXXV*, 2).

Les recherches de Ney sur la présence du sucre dans l'urine et sur sa signification ont porté sur 24 femmes enceintes et 148 femmes en couches. Elles lui ont permis de résoudre les questions suivantes :

Le sucre apparaît-il dans l'urine avant ou pendant l'accouchement, et le travail exerce-t-il une influence quelconque sur cette apparition ? Ce n'est que rarement que la lactosurie survient avant l'accouchement, et le travail n'exerce sur elle aucune influence. Lorsque le sucre se montre pendant la grossesse, c'est chez des femmes dont les seins sont bien développés et laissent déjà sécréter du lait.

Le sucre peut-il apparaître seulement pendant les suites de couches et sa présence s'accompagne-t-elle de fièvre ? L'apparition du sucre chez les accouchées est la règle, car elle a lieu dans les $\frac{4}{5}$ des cas ; elle se produit sans réaction fébrile, en même temps que la montée du lait. La présence du sucre est d'ailleurs subordonnée à l'abondance de la sécrétion lactée ; lorsque celle-ci est nulle, le sucre manque ; il est constant quand elle est abondante.

Cette lactosurie est-elle un phénomène pathologique ou physiolo-

gique? Les circonstances dans lesquelles elle se produit permettent d'affirmer qu'il s'agit là d'un diabète physiologique, d'une sorte d'état normal particulier aux bonnes nourrices.

Quel est enfin l'état des enfants dans les cas où il y a glycosurie et dans ceux où elle manque? La réponse est le corollaire des précédentes : lorsque le sucre existe, la sécrétion lactée est abondante et l'enfant augmente rapidement; le contraire a lieu lorsque l'urine de la nourrice ne renferme pas de sucre.

En résumé, il y a un véritable équilibre physiologique entre la lactosurie et la sécrétion mammaire; plus le sucre est abondant dans l'urine, plus le lait de la nourrice est lui-même abondant et de bonne qualité.

CH. MAYGRIER.

Recherches sur l'excrétion urinaire dans la paralysie agitante, par A. MOSSÉ et BANAL (*Revue de médecine, p.* 583, *juillet* 1889).

Les principales conclusions de ce mémoire sont les suivantes : chez les deux malades observés par Mossé et Banal, l'excrétion de l'urée, de l'acide phosphorique total, dans les vingt-quatre heures, a été inférieure à l'excrétion physiologique de l'adulte, mais supérieure à l'excrétion moyenne du vieillard bien portant.

Au contraire, le phosphore incomplètement oxydé a été excrété en quantité plus grande que chez l'adulte et moindre que chez les autres vieillards. C. GIRAUDEAU.

Paramilchsäure im Urin von Soldaten nach Dauermärschen (Acide paralactique dans l'urine des soldats après de longues marches), par COLASANTI et MOSCATELLI (*Untersuch. zür Naturlehre von Jac. Moleschott. Giessen, Band XIV, p.* 98).

Les auteurs recherchent l'acide paralactique, provenant du surmenage musculaire, dans 13 litres d'urine recueillie chez des soldats après une marche de 25 kilomètres. Ils trouvent environ 5 décigrammes de cet acide. Le passage de cette substance dans la circulation générale peut expliquer quelques-uns des phénomènes de la fatigue. A. D.

Die pathologische Bedeutung der burgunderrothen Urinfärbung, Rosenbach'sche Reaction (Séméiologie de la couleur rouge vineux de l'urine), par C. A. EWALD et GUMLICH (*Berlin. klin. Woch., n°* 44, *p.* 953, 4 *novembre* 1889).

Un certain nombre d'urines, à l'épreuve de Rosenbach (*R. S. M.*, XXXV, 42) prennent seulement une teinte carmin, analogue à celle des pétales de pivoine. Cependant ces mêmes urines peuvent, la veille ou le lendemain, offrir la réaction caractéristique de Rosenbach, la coloration rouge vineux et bleu violet.

Sur 13 cancers de l'estomac, 12 ont présenté l'une ou l'autre réaction, dont 7 la réaction typique.

La réaction a fait défaut dans un cas de cancer du côlon descendant et dans un cas de cancer de l'ovaire. Dans un autre cas de cancer de l'ovaire, elle n'est apparue nettement que dans les derniers jours.

De 6 péritonites aiguës ou chroniques et abcès pelviens, 5 ont fourni la réaction caractéristique. Elle a manqué complètement dans une pelvipéritonite purulente.

Trois cas d'étranglement interne l'ont présentée ; chez l'un, elle a cessé à la réapparition des selles ; chez les autres, elle a persisté jusqu'à la mort.

On l'a également constatée dans 4 coliques de plomb jusqu'au moment où la constipation a cédé.

Elle n'existait dans aucun des 6 cas de rétrécissement cancéreux de l'œsophage ; elle manquait aussi dans deux coprostases, deux diarrhées chroniques et deux anémies pernicieuses. On l'a constatée en revanche nettement dans un cas de diarrhée chronique et, d'une façon transitoire et peu marquée, dans un cas de coprostase.

Sur 3 cas d'ulcère de l'estomac et 1 d'ulcère duodénal, on ne l'a observée que dans l'un d'eux, pendant deux jours seulement, immédiatement après une violente hématémèse avec melæna.

Elle a toujours fait défaut dans les cas de catarrhe gastrique, de dilatation simple de l'estomac, de cirrhose hépatique, d'affections rénales, de fièvre typhoïde, d'impaludisme, de maladies nerveuses et cérébrales, ainsi que de phtisie.

En résumé, Ewald et Gumlich ont constaté la réaction rouge de l'urine dans les affections graves du tube digestif et dans celles des organes abdominaux qui influent sur les fonctions de l'intestin. Sur ce point-là, ils sont d'accord avec Rosenbach. Mais contrairement à lui, ils ne l'ont pas notée dans les affections du gros intestin ainsi que dans les cachexies générales.

Pour eux, l'urine, qui contient beaucoup d'indican, renferme toujours aussi beaucoup de matière colorante rouge, et inversement. Cette marche parallèle des deux matières colorantes indique une origine identique, une même valeur diagnostique et pronostique. En d'autres termes, la matière colorante rouge n'est, elle aussi, que l'expression d'un trouble de la nutrition intestinale portant sur la décomposition des albuminoïdes, ainsi que Jaffé l'a depuis longtemps établi pour l'indican.

Une preuve que c'est bien aux dépens des matières albuminoïdes que les chromogènes de l'urine se forment, c'est qu'Ewald et Gumlich ont réussi à faire disparaître la réaction rouge vineux de l'urine chez deux malades atteints de diarrhée chronique, en excluant partiellement de leur alimentation les substances azotées.

La valeur pronostique de la réaction de Rosenbach est nulle, car, au lieu de précéder les améliorations, elle les suit. J. B.

Ueber das Vorkommen von Diaminen, sogenannten Ptomainen bei Cystinurie (Sur la présence des diamines, nommées ptomaines, dans la cystinurie), par L. v. HUDRANSZKY et E. BAUMANN (*Zeitschrift fur physiologische Chemie, XIII, p.* 562).

Pendant dix mois, Hudranszky et Baumann recueillirent l'urine d'un malade atteint de cystinurie qui se trouvait dans la clinique de Kraske. Ils y reconnurent la présence de la cadavérine $C^5H^{14}Az^2$ ou pentaméthylène-diamine et de la putrescine $C^4H^{12}Az^2$ ou tétraméthylène-diamine. Ils les isolèrent par l'emploi du chlorure de benzoyle avec lequel elles font des combinaisons insolubles dans l'eau. Ils opérèrent de la façon suivante :

On traite l'urine de chaque jour, environ 1,500 grammes, par 200 gram-

mes d'une solution de soude à 10 0/0, on y ajoute 20 ou 25 grammes de chlorure de benzoyle, et quand toute l'odeur de ce dernier corps a disparu, on recueille le précipité qui s'est produit et qui contient, outre les phosphates, les combinaisons benzoyliques des hydrates de carbone normaux, et la plus grande partie de celles des diamines qui s'y rencontrent. Il en reste toutefois, en solution, une petite quantité mêlée de la benzoyl-cystine. Pour les séparer on acidule avec l'acide sulfurique la solution filtrée que précipite l'acide benzoïque. On épuise trois fois avec l'éther qui enlève l'acide benzoïque, la benzoyl-cystine et les benzoyl-diamines présentes.

Les benzoyl-diamines sont indissolubles dans l'eau et dans l'éther, mais elles sont solubles en présence de certaines matières comme l'acide benzoïque.

On évapore l'éther, on neutralise le résidu avec de la soude à 12 0/0. La solution trouble est mêlée avec trois ou quatre fois son volume de la même solution de soude et abandonnée dans un endroit froid. Après peu de temps il se forme des cristaux formés d'une combinaison de soude et de benzoylcystine solubles dans l'eau, presque insolubles dans les solutions de soude, et la combinaison benzoylique des diamines. On recueille les cristaux dans un filtre, et on traite par l'eau froide qui dissout la benzoyl-cystine et laisse les benzoyl-diamines insolubles. On purifie ces derniers en les dissolvant dans l'alcool chaud et en les précipitant par l'eau sous forme d'un volumineux précipité cristallisé en fines aiguilles.

La majeure partie des benzoyl-diamines se trouve dans le premier précipité. On le fait digérer dans l'alcool. On évapore à un petit volume, et on verse dans trente fois son volume d'eau froide. On obtient après quelques jours un abondant précipité cristallisé et un liquide trouble formé par les hydrates de carbone. On recueille les cristaux sur un filtre, et on les lave jusqu'à ce que l'eau de lavage coule claire. Ces cristaux sont un mélange de deux corps. On les sépare en les dissolvant dans de l'alcool chaud et en versant la solution dans 20 fois son volume d'éther. Il se forme des cristaux fondant à 170°-173°, qui sont une combinaison benzoylique de tétraméthyline-diamine ou putrescine. On le recueille sur un filtre. Le liquide qui passe, évaporé, laisse une masse qui, reprise par l'alcool, donne des cristaux fondant de 129°-130° de benzoylpentaméthyline diamine ou cadavérine.

$$CH^2 — CH^2 — CH^2 — AzH(COC^6H^5)$$
$$CH^2 — CH^2 — AzH(CO\,C^6H^5)$$

L'urine de ce malade fournit par jour, généralement, de $0^{gr},2$ jusqu'à $0^{gr},4$ de combinaison benzoylée des diamines. Quelquefois la quantité fut trouvée moindre, et fut même trop faible pour pouvoir être dosée.

La benzoyl-cystine était en moyenne de $0^{gr},505$, soit $0^{gr},207$ de cystine par jour.

On ne trouve pas ces ptomaïnes dans l'urine normale ni dans celle des malades atteints de diphtérie, de typhus, de perforation péritoneale. L'urine des chiens n'en contient pas non plus.

Brieger a reconnu que les diamines se forment dans les fermentations putrides obtenues par le bacille du choléra. Il admet que c'est à elles

qu'est due l'odeur des selles cholériformes. Ce fait est probable, mais la preuve expérimentale est encore à faire.

Dans deux autres cas de cystinurie, Stadthagen et Brieger ont constaté aussi, dans l'urine, la présence des diamines.

Il semble donc certain que l'excrétion des diamines est un symptôme de cystinurie, et on peut en conclure que les mêmes causes qui amènent la formation de la cystinurie produisent la diaminurie.

Où se forment les diamines? Brieger ayant reconnu que la cadavérine et la putrescine sont des produits de la putréfaction, il était indiqué de rechercher si les matières fécales les contenaient. On laisse digérer les matières fécales pendant vingt-quatre heures avec de l'alcool aiguisé d'acide sulfurique; la solution est évaporée, l'extrait évaporé et la solution filtrée, précipitée par le chlorure de benzoyle, et le précipité traité comme ci-dessus. On obtient dans un cas 0gr,3805 de précipité fondant 173°-174° et qui recristallisé était de la benzoyl-tétraméthylène diamine; tandis que le même jour l'excrétion par l'urine fut de 0gr,1, dont la plus grande partie était de la pentaméthylène-diamine. La proportion relative des deux diamines diffère dans l'urine et les fœces. Dans l'urine la penta-diamine est généralement de 60 0/0, dans les fœces de 10 à 15 0/0 du poids total des diamines.

On a, de plus, constaté que le poids des diamines restait à peu près constant dans l'urine, même lorsque l'excrétion de la pentaméthylène diamine augmentait beaucoup dans l'urine. E. HARDY.

Die quantitative Bestimmung der Harnsäure im menschlichen Urin (La détermination quantitative de l'acide urique dans l'urine humaine), par W. CAMERER (*Zeits. f. Biologie*, *p.* 84, 1889).

L'urine diluée avec une solution très faible de soude ou avec de l'eau, de manière à présenter une densité de 1010, est précipitée par la solution magnésienne de Salkowski (sulfate de magnésium, 1; sel ammoniac, 2; ammoniaque de la densité 0.923, 4; eau, 8.) On précipite dans le liquide filtré l'acide urique par le nitrate d'argent en présence d'un peu de carbonate de calcium. Le précipité est recueilli sur un filtre à plis de Schleicher et Schüll et lavé. On le brûle pour y déterminer l'azote. Nous nous bornons à indiquer le principe de la méthode, renvoyant à l'original pour les détails d'exécution du dosage de l'acide urique. LÉON FREDERICQ.

Ueber die Grösse der Harnsäureausscheidung... (Sur la quantité d'acide urique excrété et sur l'influence que les alcalins exercent sur cette excrétion), par E. SALKOWSKI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVII*, *Heft* 3).

Salkowski engagea M. Spilker, un jeune docteur de 24 ans, à déterminer, par des expériences que ce dernier fit sur lui-même et sur un chien, si les alcalins et les eaux minérales alcalines diminuent l'excrétion urinaire. L'azote fut dosé par la méthode de Kjeldahl et l'acide urique par le procédé indiqué par Leube et Salkowski. L'ingestion de fortes quantités d'albuminoides augmente chez l'homme notablement l'urée et fort peu l'acide urique. En général, le rapport de l'acide urique

à l'urée fut comme 1 est à 32,3 dans le régime ordinaire. Ce rapport devint 1:36 pendant le régime alcalin. Les alcalins diminuent par conséquent l'excrétion de l'acide urique ou plutôt sa formation. Les expériences comparatives faites sur un chien par Spilker donnèrent des résultats différents : l'administration de l'acétate de soude augmente l'excrétion de l'acide urique aussi bien pendant que l'animal est soumis à ce régime que les jours suivants. Il y aurait chez le chien *diminution* des oxydations sous l'influence des alcalins. ED. RETTERER.

Eine neue Methode zur Säurebestimmung im Mageninhalt (Méthode nouvelle pour la titration de l'acide du contenu stomacal), par Hans LEO (*Centralbl. f. med. Wiss.*, *p.* 481, 1889).

L'auteur discute la valeur des méthodes employées pour reconnaître dans le contenu stomacal les acides libres, et notamment l'acide chlorhydrique ainsi que les procédés de dosage de cet acide.

Pour distinguer si le contenu stomacal contient des acides libres ou des sels acides, il traite par du carbonate de calcium et compare l'action exercée sur le papier bleu de tournesol avant et après ce traitement. Si le papier de tournesol ne rougit plus après l'action de Ca CO^2, c'est un signe que le suc ne contient que des acides libres et pas des sels acides. Si la coloration rouge du papier de tournesol est plus faible après le traitement par Ca CO^2 qu'avant, c'est un signe que le liquide contenait à la fois des sels acides et des acides libres. Enfin si la réaction acide ne subit pas de changement appréciable du fait de Ca CO^2, on peut en conclure qu'il n'y a pas d'acide libre présent, mais seulement des sels acides.

Le titrage de l'acide se fait de la façon suivante :

10 centimètres cubes du contenu stomacal filtré sont additionnés de 5 centimètres cubes d'une solution concentrée de chlorure de calcium et titrés au moyen de la solution normale de soude diluée au dixième. Une seconde portion du contenu filtré est additionnée de quelques grammes de carbonate de calcium en poudre, puis filtrée. On prend 10 centimètres cubes du filtrat, on éloigne CO^2 par l'ébullition, puis on ajoute 5 centimètres cubes de la solution de chlorure de calcium, et on titre par la solution normale de soude au dixième.

La différence entre les deux titrages correspond à la quantité d'acide libre ou d'acide chlorhydrique (en supposant les acides organiques éliminés au préalable). LÉON FREDERICQ.

Zur Farbenlehre der Galle (Sur les matières colorantes de la bile), par John Berry HAYCRAFT et Harold SCOFIELD (*Centralblatt f. Physiologie*, *p.* 222, 1889).

La bile verte des herbivores conservée dans la vésicule biliaire brunit (bilirubine) sous l'influence de la putréfaction. Une transformation analogue se produit pendant la vie et nous explique pourquoi les calculs biliaires contiennent de la bilirubine et non de la biliverdine. De même la bile stérilisée et conservée en vase clos se réduit et ne contient plus que de la bilirubine qui se conserve sans s'altérer et sans qu'il se forme de l'hydrobilirubine. On peut oxyder la bilirubine par de l'éther ozonisé et de l'ozone, et opérer ensuite la réduction ultérieure par du sulfure d'ammonium. Si l'on fait passer un courant électrique (3 ou 4 éléments

de Grove) à travers de la bile étendue en couche mince sur du papier à filtre, il se produit une oxydation (biliverdine, puis bilicyanine, et finalement une coloration rouge violette) au pôle positif, tandis qu'au pôle négatif la bilicyanine sera réduite en biliverdine, puis en bilirubine.

LÉON FREDERICQ.

Zur Kenntniss der Spaltungsproducte des Caseïns ; vorläufige Mittheilung (Sur les produits de décomposition de la caséine. Communication préliminaire), par E. DRECHSEL (*Centralblatt für Physiologie, p.* 66, 1889).

La caséine traitée à chaud par l'acide chlorhydrique fournit de grandes quantités de leucine, tyrosine, acides glutamique, aspartique et ammoniaque, comme l'ont montré Hlasiwetz et Habermann. L'auteur étudie les bases qui restent dans les eaux-mères d'où se sont déposés les acides amidés que l'on vient de citer. Ces bases, dont l'une peut être représentée à l'état de chloroplatinate par la formule $C^8H^{16}Az^2O^2Cl^2.PtCl^4 + H^2O$, sont décomposées à chaud par la baryte avec formation de carbonate de baryum. On sait que Schützenberger, en faisant agir la baryte à chaud sur les matières albuminoïdes, avait obtenu les mêmes produits que Hlasiwetz et Habermann et en outre de l'acide carbonique, de l'acide oxalique, de l'acide acétique et des acides amidés. LÉON FREDERICQ.

Ueber den Einfluss der Alkalien auf die Oxydation im Organismus (Sur le rôle des alcalins dans les oxydations de l'organisme), par Ken TANIGUTI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVII*, *Heft* 3).

Taniguti a dosé la quantité de soufre rendu dans l'urine sur le chien que Spilker a soumis au régime des alcalins. Il est arrivé au résultat suivant : l'usage des alcalins dans l'alimentation augmente chez le chien la quantité de soufre (rendu sous forme de soufre combiné à une substance organique) non seulement pendant que dure l'ingestion des alcalins, mais même quelques jours après. La quantité de soufre éliminée sous forme de sulfate est à peu près la même qu'en temps ordinaire.

Ces faits montrent que les alcalins n'activent pas les phénomènes d'oxydation de l'organisme, mais les diminuent plutôt. Ce résultat est en parfait accord avec l'action du phénol, comme l'a montré A. Auerbach.

ED. RETTERER.

Phénomènes chimiques de la respiration chez les tuberculeux, par QUINQUAUD (*C. R. Soc. biologie*, 12 *octobre* 1889).

Dans le cours de la phtisie pulmonaire, l'exhalation de CO^2 par kilo et par heure est augmentée : cette augmentation est surtout accentuée à la troisième période, alors même que la fièvre n'existe pas. Plus rarement, avec une fièvre septique, on peut constater une exhalation de CO^2 presque normale.

A la seconde phase, avec ou sans fièvre, on note une augmentation de l'acide carbonique exhalé, mais irrégulièrement, à certains jours et pas à d'autres.

Le rapport $\frac{CO^2}{O}$ est tantôt le même, tantôt plus faible que normalement.

La quantité d'oxygène absorbé, même avec une température de 37°,5, est le plus souvent supérieure à ce que l'on observe à l'état sain.

L'analyse chimique de la respiration peut servir à préciser l'avenir du tuberculeux. Tant que le phtisique n'exhale que 0gr,65 de CO^2 par heure et par kilo, l'existence peut se prolonger longtemps, et même la guérison peut survenir. Quand l'exhalation de CO^2 est comprise entre 0,65 et 0,80, le pronostic s'aggrave. Enfin, quand elle dépasse 0,80, la vie est menacée à brève échéance. PAUL LOYE.

Ueber die Zusammensetzung der bei Pneumothorax vorhandenen Gaze (Sur la composition des gaz du pneumothorax), par G. HOPPE SEYLER (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLVI, p.* 105).

G. Hoppe Seyler a fait l'analyse des gaz contenus dans la plèvre, dans plusieurs cas de pneumothorax. Ces analyses l'amènent à cette conclusion que l'oxygène des gaz du pneumothorax est absorbé par les éléments anatomiques; cet oxygène se trouve en partie remplacé par de l'acide carbonique. Il n'est pas certain qu'il n'y ait pas sécrétion d'azote par les parois pleurales; cependant l'excès d'azote constaté peut s'expliquer par la diminution relative de l'oxygène. Les microbes contenus dans l'épanchement absorbent également de l'oxygène pour dégager de l'acide carbonique. Lorsque l'épanchement est putride, une quantité beaucoup plus considérable d'acide carbonique (jusqu'à 49 0/0) se trouve mise en liberté, l'oxygène est totalement résorbé. L'oxygène est même emprunté aux éléments organiques, et il y a mise en liberté d'hydrogène (jusqu'à 21,6 0/0). Ces données peuvent servir au diagnostic de la nature du pneumothorax et de la nature de l'épanchement qui l'accompagne. A. MATHIEU.

Zur Kenntniss der Absorptionsverhältnisse verschiedener Hæmoglobine (Sur la capacité d'absorption pour les gaz des différentes hémoglobines), par Severin FOLIN (*Archiv für Physiologie, p.* 265, 1889).

L'auteur a mesuré, au moyen d'un absorptionomètre imaginé par son maître Chr. Bohr, les volumes d'oxygène ou d'anhydride carbonique respectivement absorbés par un gramme d'hémoglobine de cobaye ou d'oie aux différentes pressions partielles de *o* à *n* millimètres de mercure (température de 16-18°). Les courbes d'absorption en fonction de la pression paraissent pour l'hémoglobine de cobaye très voisines de celles trouvées par Bohr pour l'hémoglobine du chien, tandis que les courbes d'absorption de l'hémoglobine de l'oie ont une allure très différente. Nous renvoyons à l'original pour le détail des expériences et pour leurs résultats numériques. LÉON FREDERICQ

De l'apparition de l'oxyhémoglobine dans la bile et de quelques caractères spectroscopiques normaux de ce liquide, par E. WERTHEIMER et E. MEYER (*Arch. de physiol.*, n° 3, 1889).

Chez les chiens empoisonnés par l'aniline ou la toluidine, la bile présente, à l'examen spectroscopique, les deux bandes de l'oxyhémoglobine.

Le mécanisme du passage de l'oxyhémoglobine dans la bile est probablement le suivant: destruction, ou même seulement altération des héma-

ties, mise en liberté de l'oxyhémoglobine, fixation de celle-ci par les cellules hépatiques, mais en trop grande quantité pour que tout puisse être transformé en pigment biliaire : une partie est donc rejetée à l'état naturel dans les voies d'excrétion.

Ce passage de l'oxyhémoglobine en nature dans la bile s'observe également chez les chiens morts par refroidissement. Il y a alors congestion du foie ; mais, d'autre part, l'abaissement de la température centrale diminue l'activité de la cellule hépatique. Celle-ci reçoit donc plus de matériaux au moment même où elle est moins apte à les transformer. Aussi l'oxyhémoglobine passe telle quelle dans la bile. G. LION.

De la diminution d'urée dans le cancer, par RAUZIER (*Thèse Montpellier*, *n°* 45, 1889).

Dans ce travail, Rauzier s'est proposé de chercher quelle est la valeur séméiologique de l'urée dans le cancer en général, et de montrer la valeur spéciale de la diminution de ce produit plus particulièrement dans le cancer de l'estomac et les tumeurs abdominales. D'après les observations, au nombre de 52, recueillies dans les services de médecine ou de chirurgie de l'hôpital Saint-Eloi, à Montpellier, et rapportées dans ce mémoire, Rauzier admet que si la diminution de l'urée peut se trouver dans d'autres états morbides que le cancer et dans l'inanition, il existe habituellement, à ce point de vue, une prédominance spéciale pour les tumeurs malignes, quel que soit leur siège, conclusion confirmative des travaux de Rommelaëre, Thiriar, etc.

L'hypoazoturie cancéreuse ne présente pas le même degré à toutes les périodes des tumeurs malignes. Elle évoluerait, parallèlement à l'altération secondaire et progressive de l'état général, traduisant ainsi la marche de la cachexie pour les cancers accessibles, et dans la période initiale des tumeurs malignes une diminution de l'urée n'a qu'une faible valeur diagnostique, elle prend de l'importance dans les cancers internes, dont le diagnostic est difficile. L'hypoazoturie mérite, dans ces cas, une place honorable dans la hiérarchie des signes permettant un diagnostic différentiel entre le cancer de l'estomac et les autres affections de cet organe. Une notable diminution de l'urée, lorsqu'on est en présence d'une tumeur abdominale, sans tuberculose ni ascite, deviendrait une contre-indication formelle à l'intervention chirurgicale, « car tantôt elle affirme la nature maligne de la tumeur, tantôt elle est sous la dépendance d'altérations rénales qui devront faire redouter l'urémie postopératoire ». A. MOSSÉ.

Ueber eine Reaction des Cholesterins (Sur une réaction de la cholestérine), par OBERMÜLLER (*Archiv für Physiologie*, *p.* 556, 1889).

Si l'on chauffe à sec dans un tube à réaction un petit fragment de cholestérine avec 2-3 gouttes d'anhydride propionique, de manière à fondre la masse avec précaution sur une petite flamme, on obtient un éther propionique de la cholestérine, qui par refroidissement lent présente une succession de teintes les plus vives : violet, bleu, vert, vert foncé, orange, carmin, rouge de cuivre, blanc (à la lumière réfléchie). A la lumière transmise, on observe les teintes complémentaires.

LÉON FREDERICQ.

Ueber Nucleïnsäuren (Sur les acides nucléiniques), par Richard ALTMANN (*Archiv für Physiologie, p.* 524, 1889).

L'auteur entend par acides nucléiniques des combinaisons organiques phosphorées que l'on peut extraire des différentes nucléines et qui sont plus riches en phosphore (9.5 0/0) que ces dernières. Ils sont, comme les nucléines, solubles dans les solutions alcalines diluées, mais ne sont pas précipités de ces solutions par l'acide acétique, mais bien par un léger excès d'acide chlorhydrique ou d'autres acides minéraux. Un grand excès d'acide minéral redissout le précipité et peut le décomposer. Ces acides précipitent l'albumine et les albumoses (en solution acide). Les précipités phosphorés que l'on obtient ainsi, solubles dans les solutions alcalines, précipitables par l'acide acétique ou l'acide chlorhydrique, résistant à l'action de la pepsine, etc., représentent sans doute ce que l'on a jusqu'à présent étudié sous le nom de nucléines. Les acides nucléiniques purs et exempts de matières albuminoïdes paraissent ne pas contenir de soufre.

Dans la préparation des acides nucléiniques, il faut en général chercher à rendre les substances albuminoïdes insolubles, ou à les transformer au préalable par l'action des alcalis ou par celle du suc gastrique. La solution est ensuite précipitée par l'acide acétique qui éloigne beaucoup d'impuretés, mais laisse l'acide nucléinique en solution. Ce dernier est précipité par l'acide chlorhydrique en présence d'alcool.

L'auteur décrit en détail la préparation des acides nucléiniques extraits de la levure de bière, du thymus de veau, du jaune d'œuf et du sperme de saumon, ainsi que les propriétés de ces substances, et traite également la question de la synthèse de la nucléine. LÉON FREDERICQ.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Die Krankhaften Störungen des Baues und der Zusammensetzung des menschlichen Körpers (*Allgemeine pathologische Morphologie*).

Des modifications pathologiques de la structure et de la composition du corps humain (*Morphologie pathologique générale*, par **KLEBS**, 2e *vol*).

Klebs continue la publication de son *Traité de pathologie générale et d'anatomie pathologique*. Le second volume contient, en premier lieu, l'étude des processus de nécrose, de gangrène et les diverses modalités des dégénérescences cellulaires (graisseuse, colloïde, hyaline). L'auteur étudie en détail la nature histologique de ces lésions, leur mode de production, les rapports de ces dégénérescences avec les infections. — Puis il passe en revue les diverses thromboses, le mode de coagulation du sang, les altérations de la paroi et les relations de ces coagulations avec les microorganismes. Le chapitre suivant est consacré à l'embolie et à ses variétés (graisseuse, calcaire, etc.). — Les pigments sont ensuite

étudiés en détail (pigment sanguin, biliaire, impaludique), et à ce propos, l'auteur montre les lésions et étudie la physiologie pathologique de l'hémoglobinurie, de la malaria, de la sidérose, de l'urobilinurie, de l'ictère des nouveau-nés, etc. — L'atrophie des divers tissus forme un long chapitre où l'auteur étudie l'atrophie de la peau, la sclérodermie, l'atrophie du cerveau, la porencéphalie, etc. — Dans divers chapitres suivants viennent successivement l'étude des divers exsudats, des scléroses et des diverses modalités, des modes de réparation des organes, du sang, des nerfs, des os, etc. — L'étude détaillée des tumeurs termine le livre. A. LESAGE.

Berucht die eitrige Schmelzung der Gewebe auf verhinderter Fibringerinnung? (La fonte purulente est-elle due à un obstacle apporté à la coagulation de la fibrine), par E. PEIPER (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXVIII Heft* 1).

Peiper cherche, par ses expériences, à résoudre la question de l'origine du sérum du pus. Provient-il directement du sang ou résulte-t-il des produits éliminés par les cellules constituant les tissus, ou bien encore n'est-il que le résultat de la fonte des éléments cellulaires? On sait que l'essence de térébenthine, le nitrate d'argent, le mercure et la digitoxine provoquent, lorsqu'on les injecte sous la peau, la suppuration. Il s'agit de décider, dans ces conditions, si ces substances mises en contact avec le sang empêcheraient la coagulation du sang, à la manière de la cadavérine qui, mélangée à du sang frais, s'oppose à la coagulation du sang.

Les expériences de Peiper consistèrent à recevoir du sang frais dans des solutions ou émulsions plus ou moins concentrées des corps cités plus haut. Dans tous ses essais, l'auteur vit le sang se coaguler complètement et en peu de temps.

Il n'admet donc pas que la fonte purulente soit due à un principe qui déterminerait la dissolution de la fibrine du sang; elle peut même être produite par les substances dont l'action styptique est bien connue. Il ne s'agit pas là d'un ferment qui aurait un effet *peptonisant* semblable à celui de la digestion. Le sérum du pus résulte en réalité d'une action irritante, qui augmente la division cellulaire dans les tissus, ainsi que la diapédèse des leucocytes; simultanément le plasma sanguin transsude à tel point qu'il ne puisse se déposer des substances intercellulaires sous une forme demi-solide ou solide. ED. RETTERER.

Die histologischen Veränderungen bei der eitrigen... (Des modifications histologiques dans l'inflammation suppurative du tissu adipeux et conjonctif), par P. GRAWITZ (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVIII, Heft* 1).

Grawitz rappelle ses expériences, qui montrent que la suppuration n'est pas un processus inflammatoire *sui generis*, mais un degré bien déterminé dans l'échelle des inflammations du tissu cellulaire. Le premier degré de ces phénomènes est provoqué par les injections de liquides indifférents dans le tissu cellulaire (eau, huile, lait). Si ensuite on injecte des solutions de chlorure de sodium dans le tissu cellulaire sous-cutané, on assiste à l'augmentation de volume des cellules conjonctives, à la diapédèse des leucocytes, parfois à la mitose des cellules fixes.

L'injection des substances irritantes ou des microbes virulents à *faible dose* provoque de la douleur, de la fièvre, et localement la présence d'une sérosité, la division cellulaire et l'abondance des globules blancs. Ce degré d'inflammation est toujours suivi d'une résorption complète. Des doses fortes des mêmes substances déterminent, après injection sous-cutanée, la suppuration franche et la nécrose.

A l'appui de ces expériences, Grawitz décrit les lésions produites par un phlegmon sous-cutané, d'origine microbienne, du bras de l'homme. Le panicule adipeux permet de suivre tous les stades de la suppuration depuis l'inflammation jusqu'à la formation du pus. Les cellules conjonctives sont en voie active de multiplication par division karyokinétique. Les globules du pus seraient bien plus tôt les dérivés des cellules fixes que des globules blancs émigrés des vaisseaux. L'inflammation est la lutte des tissus contre les irritants; ceux-ci provoquent une suractivité nutritive pathologique dans les cellules, d'où division nucléaire et cellulaire. Pendant que le pus se forme, il se dépose en outre une substance intercellulaire muqueuse entre les cellules nouvellement formées, lesquelles ne persisteront pas, mais sont destinées à périr. ED. RETTERER.

Des altérations des nerfs périphériques dans les œdèmes chroniques, la phlegmatia alba dolens et l'œdème expérimental, par KLIPPEL (*Archiv. de médecine, juillet et août* 1889).

Klippel a étudié les altérations des nerfs périphériques chez les malades acclimatés par le fait de maladies générales, de phlegmaties et indemnes de toute affection nerveuse susceptible de produire des névrites.

Il a noté, à l'autopsie, un aspect extérieur invariable, consistant dans l'infiltration de la gaine des nerfs et la dilatation avec varicosités des vaisseaux qui cheminent sur les gaines.

Au microscope, le nombre des fibres altérées est des plus variables. Parfois, les lésions sont à peine marquées. De plus, les lésions sont disséminées et laissent généralement un grand nombre de tubes sains.

Les formes des altérations sont multiples. Elles ne diffèrent, du reste, pas de celles décrites dans toute névrite parenchymateuse et interstitielle (fragmentation et disparition de la myéline, disparition du cylindre d'axe). Le tissu conjonctif a été trouvé épaissi et infiltré.

L'auteur se demande si l'œdème n'apparaît pas au moment où des lésions constatées existent déjà et si son apparition n'est pas favorisée du fait de ces lésions.

Indépendamment des cas de phlegmatie où l'on constate des troubles marqués de la sensibilité et du mouvement, les altérations nerveuses des œdèmes se manifestent par peu de symptômes. Il paraît cependant logique de leur attribuer un rôle dans la gêne fonctionnelle des membres œdématiés. Les troubles de la sensibilité, parfois si marqués dans la phlegmatie, sont de leur ressort.

Le dernier chapitre du travail de Klippel est consacré à l'étude des altérations des nerfs dans l'œdème expérimental. Après ses expériences, Klippel a constaté de l'infiltration dans les gaines des nerfs et dans les nerfs eux-mêmes. Il a observé dans ces conditions un certain nombre de tubes nerveux dégénérés et perdus au point de vue physiologique.

RICHARDIÈRE.

Ueber Herzfehlerzellen (Les cellules des lésions cardiaques), par LENHARTZ (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 51, *p.* 1039, 1889).

Les cardiaques, et spécialement les sujets atteints de rétrécissement mitral, ont une expectoration caractéristique. Ils rejettent des crachats jaune clair ou rouillés, dus aux mélanges de flocons pigmentés avec les mucosités bronchiques. Quand on laisse reposer pendant quelques heures le produit de leur expectoration, on constate qu'il se partage en trois couches : la couche supérieure mousseuse, la moyenne, composée de sérosité légèrement trouble ; l'inférieure, qui contient les pigments.

L'examen histologique de cette dernière couche montre des cellules nucléées et dépourvues de noyaux qui peuvent être égales à des globules du sang ou cinq ou six fois plus volumineuses, souvent teintées de jaune, et contiennent des granulations pigmentaires. Parfois le pigment existe aussi à l'état libre, en dehors des cellules ; on peut trouver enfin dans le dépôt des globules rouges non altérés. Jamais on ne trouve de cristaux d'hématoïdine. Ce sont ces cellules chargées de pigment que E. Wagner a appelées *cellules des lésions cardiaques*. Quelle en est l'origine ? Hoffmann et Sommerbrodt s'accordent à les considérer comme des cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires.

L'auteur remarque que le pigment provient des globules rouges. Or, on sait que les globules rouges qui s'échappent des capillaires sanguins dans les congestions passives sont rapidement accaparés par les corpuscules de la lymphe; de là ces cellules contenant d'abord un ou plusieurs globules rouges, puis, après la destruction des globules, du pigment. Tel serait le processus dans les stases sanguines du poumon d'origine cardiaque. Le phénomène ne s'observe ni dans l'hémoptysie tuberculeuse ni dans la pneumonie aiguë; il paraît favorisé par les modifications de la circulation dans les capillaires sanguins, facilitant la diapédèse ou la rupture, et aussi par le rétrécissement des espaces alvéolaires que produisent les capillaires dilatés.

A la suite des infarctus pulmonaires, les granulations pigmentaires sont plus volumineuses, plus grossières, et la sérosité des crachats diminue. C'est dans ces conditions qu'on observe les plus beaux éléments pour l'étude.

L'auteur admet donc que les cellules pigmentaires trouvées dans les crachats des cardiaques sont surtout constituées par des cellules lymphatiques emprisonnant des globules rouges modifiés.

Mais il ne repousse pas absolument l'hypothèse de l'origine épithéliale de ces éléments; il reconnaît que l'épithélium des alvéoles se chargeant de pigment peut contribuer à leur production. Il ne nie pas l'importance, à ce point de vue, d'une expérience de Sommerbrodt : à la suite des injections de sang dans les voies respiratoires chez les chiens, on peut trouver dans le revêtement des alvéoles, au bout de dix jours, des cellules semblables à celles qui viennent d'être décrites.

Quoi qu'il en soit, la présence des cellules pigmentaires dans les crachats constituerait un symptôme pathognomonique des lésions du cœur et mettrait spécialement sur la trace du rétrécissement mitral.

L. GALLIARD.

Note sur le développement du cancer de l'estomac, par P. RAYMOND (*Revue de médecine, p.* 856, *octobre* 1889).

Raymond ayant eu à examiner deux cas de cancer de l'estomac : l'un répondant au type de l'épithélioma cylindrique, l'autre au type de l'épithélioma alvéolaire, a recherché le point de départ exact du processus morbide. Il pense que dans la première de ses observations il s'agissait d'un épithélioma développé au niveau de la portion excrétoire des tubes glandulaires, et dans la seconde aux dépens des culs-de-sac glandulaires. Il se trouve ainsi amené à admettre deux variétés d'épithélioma glandulaire de l'estomac : l'un type alvéolaire (cancer des culs-de-sac), l'autre type cylindrique (cancer des tubes excréteurs), ce dernier ne différant pas d'ailleurs de l'épithélioma cylindrique ni de l'épithélioma de la surface muqueuse. C. GIRAUDEAU.

État de la muqueuse de l'estomac dans le cancer de cet organe, par MATHIEU (*Archives de médecine, avril et mai* 1889).

Travail fait à l'aide de huit examens microscopiques de cancer de l'estomac.

L'opinion qui attribue la viciation des sécrétions gastriques, et en particulier la disparition de l'acide chlorhydrique, à des lésions dégératives de la muqueuse paraît la plus acceptable. Ces lésions de la muqueuse évoluent en trois périodes. Dans la première, la muqueuse est rouge, gonflée, recouverte de mucus. Dans la deuxième, l'inflammation s'étend et devient interstitielle. Enfin la troisième période est caractérisée par l'atrophie des glandes, qui sont étouffées dans une sorte de tissu de cicatrice. Le trait commun des altérations est l'épaississement des travées interglandulaires. On les observe non seulement au voisinage de la lésion cancéreuse, mais aussi à distance dans des points où, à l'œil nu, la muqueuse paraît saine. Dans les diverses régions de l'estomac, les glandes tendent à prendre le type muqueux. Elles reviennent au type fœtal. Quelquefois elles sont tapissées de cellules plus volumineuses que normalement. Il semble qu'on soit en présence de petits nodules épithéliomateux au début.

L'étude des lésions de la muqueuse gastrique dans le cancer vient à l'appui de la théorie qui place dans le bourgeonnement anormal des éléments épithéliaux l'origine commune des épithéliomas et des carcinomes. On peut y trouver, en effet, tous les intermédiaires entre de simples modifications des glandes semblables à celles qu'on voit dans la gastrite chronique, l'épithélioma cylindrique et le carcinome épithélial ou alvéolaire. L'adénome et le polyadénome de l'estomac représentent les stades intermédiaires entre la gastrite chronique et le cancer.

L'épithélioma et le carcinome gastriques peuvent dériver de transformations adénomateuses des glandes. Il peut se faire que les cellules glandulaires se transforment directement, sur place, en cellules atypiques carcinomateuses.

La gastrite interstitielle et le cancer évoluent parallèlement ou successivement, de même que, dans certains cas de cancers primitifs du foie, on voit évoluer parallèlement ou successivement le carcinome nodulaire et la cirrhose. RICHARDIÈRE.

Modifications de l'endothélium péritonéal humain au cours de certaines maladies, par BARABAN (*Revue médicale de l'Est, n° 22, p. 682, 1889*).

Sous l'influence des lésions des viscères de l'abdomen, l'épiploon humain présente une activité morbide plus ou moins prononcée qui s'exerce avant tout sur l'endothélium pour en modifier les éléments à des degrés divers. Il peut y avoir ainsi : 1° multiplication des cellules soit sur toute l'étendue de l'épiploon, soit par territoires séparés ; leur forme reste normale ou devient cubique ; 2° formation de cellules géantes, probablement par fusion du protoplasma de cellules voisines, avec multiplication des noyaux ; 3° constitution de taches laiteuses éventuelles, formées d'un mélange de leucocytes et de cellules endothéliales altérées. Ces modifications paraissent transitoires et susceptibles d'un retour à l'état normal.

Il y a donc une solidarité physiologique entre les diverses parties du péritoine ; le péritoine disposé sur l'organe lésé n'est pas seul atteint ; toute la séreuse est intéressée anatomiquement, et par conséquent ses fonctions sont compromises. Ce n'est pas en se propageant par continuité de tissus que ces lésions s'établissent ; il faut supposer une réaction du système nerveux local, modifiant les conditions habituelles de circulation et de nutrition de la membrane. La pathogénie de l'ascite pourrait trouver là quelques éclaircissements. LEFLAIVE.

Zur Pigmentfrage (Contribution à l'étude du pigment), par Sieg. MEYERSON (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXVIII, Heft* 1).

En examinant le cuir chevelu d'embryons humains, d'enfants de 7 ans, d'hommes adultes et de vieillards, Meyerson a constaté que la papille des cheveux, sur les fœtus, présente entre les cellules cylindriques de la couche basilaire des cellules remplies de granules pigmentaires jaune brun et munies d'un noyau clair et se colorant bien. Ces cellules pigmentées sont de dimensions variables ; elles sont arrondies ou en massue, avec un ou plusieurs prolongements. Sur l'adulte, les cellules basilaires de la papille pileuse manquent de pigment, et entre elles se trouvent des cellules ramifiées, avec des granulations pigmentaires. En les dissociant, il a pu établir la nature de la partie centrale, non pigmentée, qui est un noyau. Leur siège de prédilection est la matrice du tissu cortical du poil.

Le follicule et la papille du poil contiennent du pigment. Celui-ci est situé dans des cellules fusiformes (cellules conjonctives), plus rarement dans de grandes cellules ramifiées.

Sur les cheveux blancs, le pigment fait défaut aussi bien dans le derme que dans les éléments épidermiques. Ces cellules pigmentées de l'épiderme y seraient parvenues par migration. Elles sont la source du pigment des poils.

Le derme renferme normalement du pigment, qui se trouve localisé dans les cellules conjonctives. Dans les pigmentations physiologiques de la peau, comme dans les nævi et la maladie d'Addison, on trouve les cellules pigmentaires dans la couche du derme qui avoisine le réseau de Malpighi. Elles figurent des éléments à prolongements ramifiés, mais plus petits que ceux du poil. Dans un cas de sclérodermie, Meyer-

son trouva la plupart des cellules pigmentaires situées dans le derme, et les plus superficielles de ces dernières envoyaient des prolongements pigmentés jusque dans l'intervalle des cellules basilaires non pigmentées de l'épiderme. Dans la couche suivante de l'épiderme, il existait, d'une part, de ces mêmes cellules pigmentées et ramifiées, et, d'autre part, du pigment dans les cellules polyédriques elles-mêmes.

ED. RETTERER.

Ueber Haemochromatose par von RECKLINGHAUSEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n° 42, p. 925, 21 octobre* 1889).

Von Recklinghausen a constaté sur un grand nombre de cadavres la présence d'un pigment spécial, l'*hémofuscine*, caractérisé par sa couleur, sa texture finement granuleuse et amorphe et l'absence de réaction du fer. Ce pigment siège surtout dans les cellules des muscles lisses, notamment dans celles des vaisseaux sanguins et lymphatiques, des parois intestinales, etc.

On le trouve en outre dans les ganglions lymphatiques, le foie, le pancréas ; presque jamais dans le rein.

Il ne se rencontre pas dans les muscles striés, mais bien dans les parois des vaisseaux qui les traversent.

Von Recklinghausen ne considère pas l'hémosidérine de Neumann comme un stade antérieur de ce pigment. J. B.

Trois cas de pneumonoconiose anthracosique, par CARRIEU (*Gaz. hebd. sc. Montpel.*, *n° 20*, 1888).

Les particules charbonneuses pénétreraient par les voies lymphatiques, se fixant à la périphérie et au centre du lobule, là où se trouvent les lymphatiques. La distribution est caractéristique au début.

Cette systématisation distinguerait alors nettement cette pneumonie lobulaire chronique des autres espèces de pneumonies chroniques, et même, dans les périodes ultimes de la phtisie des mineurs, les altérations auraient un cachet particulier, tenant à la distribution primitive du charbon dans le tissu conjonctif périphérique et central du lobule.

A. MOSSÉ.

Ueber klinische und anatomische Befunde nach Hautverbrennungen (Anatomie pathologique et clinique des brûlures étendues de la peau), par Oscar SILBERMANN (*Centralbl. f. d. med. W.*, *n° 28*, 1889).

Dans les brûlures étendues de la peau, un grand nombre de globules rouges se trouvent lésés; ils deviennent moins résistants aux divers agents. Ils donnent lieu à l'oblitération embolique de nombreux petits vaisseaux dans les poumons, les reins, l'estomac, le foie, la rate, la peau et le cerveau. De là des stases, des hémorragies, de la surchage du cœur droit, de l'anémie artérielle. Les poumons sont surtout atteints. Ainsi s'expliquent la dyspnée, la cyanose, le coma, la petitesse du pouls, l'éclampsie, l'anurie et l'abaissement de la température qu'explique le resserrement des artérioles amincies. A. M.

Zur Genese der Höhlen im Rückenmark (Sur la genèse des cavités de la moelle épinière), par M. MIURA (*Archiv f. path. Anat. u, Physiol., Band CXVII, Heft* 3).

Miura décrit la moelle épinière d'un sujet de 33 ans, mort d'une myélite traumatique déterminée par une chute datant de 8 ans. Dans la portion inférieure de la moelle dorsale et dans la portion supérieure de la moelle lombaire, le canal central a disparu ; la base des cornes antérieures et postérieures est ramollie ; les faisceaux centraux des cordons antéro-latéraux sont atteints de dégénérescence. La pie-mère est épaissie. A partir de la première vertèbre lombaire, le canal central reparaît et s'élargit notablement jusqu'au niveau de la deuxième vertèbre, où il s'oblitère de nouveau. Les faisceaux pyramidaux présentent de la sclérose. A partir de la deuxième vertèbre lombaire, il existe entre les faisceaux de Goll et la commissure postérieure une fente ou cavité triangulaire dont les parois sont constituées par des cellules fusiformes et manquent de revêtement épithélial. Plus bas, la commissure postérieure disparaît, et la cavité susmentionnée communique avec le canal central, qui reparaît. A ce niveau, la partie antérieure seule de cette unique cavité est tapissée de cellules cylindriques, mais plus bas encore, celles-ci forment un revêtement complet à toute la cavité. Enfin, entre la deuxième et la troisième vertèbre lombaire, il y a un dédoublement incomplet et asymétrique de la moelle épinière, qui arrive à la quatrième lombaire.

En résumé, ce cas présente des anomalies congénitales et acquises : 1° une division longitudinale ; 2° une longueur plus grande que normalement ; 3° une cavité kystique ; 4° une myélite par compression ; 5° une dégénération secondaire, ascendante et descendante ; 6° une pachyméningite et une leptoméningite spinale, chronique et fibreuse.

Miura explique la genèse de la cavité syringomyélitique de la façon suivante : la portion antérieure, revêtue d'épithélium cylindrique, serait congénitale et se serait dilatée plus tard en se remplissant de sérosité. Ce liquide aurait comprimé, puis détruit la commissure postérieure et aurait produit la partie postérieure de la cavité kystique. La syringomyélie et l'hydromélie seraient de même nature et représenteraient deux degrés différents de la même affection. ED. RETTERER.

Demonstration von Knochen mit tumorbildender Ostitis deformans (Ostéite déformante avec production de tumeurs osseuses), par von RECKLINGHAUSEN (*Berlin. klin. Woch., n°* 42, *p.* 925, 21 *octobre* 1889).

Le cas de von Recklinghausen ressemble fort à celui présenté par Virchow à la 59e réunion des naturalistes allemands, et dans lequel celui-ci avait pu démontrer que les kystes s'étaient produits aux dépens de chondromes.

Dans le cas de von Recklinghausen, on n'aperçoit pas, il est vrai, de chondromes ; mais dans la cavité médullaire des os malades et dans leurs portions tuméfiées on trouve partout une masse fibreuse dense, qu'on pourrait peut-être rapporter à des fibrosarcomes. Outre les os des membres, le crâne et le rachis sont envahis.

Dans la discussion, Virchow reconnaît qu'il s'agit d'une affection peut-

être proche parente de l'ostéite déformante, mais il pense que provisoirement on doit encore l'en séparer. J. B.

Cerveau de bègue, par SUBRAZÈS (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 15 *décembre* 1889).

L'examen nécroscopique de ce cerveau a montré que les circonvolutions, comparées à droite et à gauche, offrent des différences notables au niveau des troisièmes frontales. A première vue, la circonvolution de Broca paraît beaucoup plus développée à droite qu'à gauche ; elle s'étale sur une surface plus large, est sillonnée d'incisures profondes et fait un relief plus marqué. Les mensurations donnent, en effet, en hauteur et en longueur des chiffres inférieurs de 2 à 2 centimètres et demi pour la circonvolution gauche. De ce côté, il n'existe à la surface que de simples dépressions superficielles, tandis qu'à droite on constate des scissures nombreuses et profondes. OZENNE.

Sopra un rarissimo caso di arteria cruralis bifida, par BIANCHI (*Sperimentale, avril* 1889).

Au membre inférieur droit, chez un jeune homme de 16 ans, mort de tuberculose pulmonaire, après avoir fourni, 6 centimètres au-dessous de l'arcade de Fallope la fémorale profonde (d'où naissaient la circonflexe interne, et dans un tronc commun, la circonflexe externe avec l'artère du triceps), l'artère fémorale se divisait en deux rameaux. Ceux-ci, contigus et parallèles, situés dans le même plan transversal, se dirigeaient en bas et en dedans au devant de la fémorale profonde jusqu'à l'anneau des adducteurs, où ils se rejoignaient par convergence pour former de nouveau un tronc unique. La division commençait à 78 millimètres au-dessous de l'arcade crurale, elle persistait sur une étendue de 17 centimètres. Le rameau externe, deux fois plus gros que l'interne, donnait naissance à trois branches, l'une allant à la partie supérieure du couturier, les deux autres à la portion moyenne et inférieure du vaste interne. Du rameau externe partaient deux petits rameaux destinés à l'adducteur moyen.

Ces deux rameaux étaient réunis à la veine fémorale, unique et au nerf saphène interne par une gaine conjonctive commune. Leurs rapports étaient ceux de l'artère normale. La disposition des artères du membre inférieur gauche et du reste du corps ne présentait aucune anomalie. A. SIREDEY.

Zwei seltene Missbildungen des Gesichts (Deux malformations rares de la face), par MADELUNG (*Arch. f. klin. Chir., vol. XXXVII, fasc.* 2, *p.* 270).

1° Fistule de la lèvre inférieure. Il s'agit d'une fillette de 24 semaines qui présentait un bec de lièvre double et compliqué de la lèvre supérieure. On voyait, en outre, sur la partie muqueuse de la lèvre inférieure, de chaque côté de la ligne médiane, deux petits tubercules, au sommet desquels venait s'ouvrir une petite fistule. L'enfant ayant succombé quatre jours après l'opération entreprise pour le bec de lièvre, on put faire l'examen histologique de la lèvre inférieure. Les deux fistules descendaient parallèlement l'une à l'autre. Elles étaient revêtues d'une muqueuse présentant un grand nombre de papilles. Des glandes nombreuses s'ouvraient dans les deux canaux, et les culs-de-sac glandulaires étaient situés au milieu des faisceaux de l'orbiculaire.

Les résultats de cet examen sont d'accord avec l'opinion de Rose, qui considère les fistules de la lèvre inférieure comme dues à un arrêt de développement, à une absence de soudure entre le bourgeon moyen et les bourgeons latéraux. Toutefois il faut reconnaître que nos connais-

sances sur le développement de la lèvre inférieure sont insuffisantes, et particulièrement que nous ne sommes pas suffisamment renseignés sur l'existence du bourgeon médian.

2° Fente nasale latérale. Madelung donne seulement un dessin qui, dit-il, rend toute description inutile. Il a fait une opération autoplastique avec plein succès. PIERRE DELBET.

Ein Fall von congenitaler Steisstumor... (Sur une tumeur congénitale avec des formations oculaires), par W. KÜMMEL (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVIII, Heft* 1).

Il s'agit d'une tumeur coccygienne trouvée sur un fœtus du 7e mois et s'étendant du périnée jusqu'aux talons. Elle s'insérait sur la face antérieure du coccyx. La partie fondamentale de la tumeur est constituée par du tissu conjonctif, mais on y trouve encore des îlots de cartilage, ossifiés sur leur périphérie; des faisceaux musculaires striés et des organes glandulaires ressemblant à une glande salivaire ou à un pancréas embryonnaire. Mais la formation la plus remarquable consiste en une vésicule ayant 1 mètre de diamètre, un contenu grisâtre et à parois pigmentées. Les coupes la montrent composée d'un feuillet *externe* à cellules pigmentées, qui sont disposées en mosaïque régulière, et d'un feuillet *interne* qui est une invagination de l'externe. En un mot, cette formation a le caractère typique d'une vésicule oculaire fœtale, sauf l'absence de cristallin.

Kummel pense que toute la tumeur doit être rangée dans la catégorie des monstruosités doubles parasitaires. ÉD. RETTERER.

Ueber abnorme Entwickelung des eparteriellen Bronchialgebietes (Anomalies de développement de la bronche épartérielle), par CHIARI (*Berlin. klin Woch.*, *n°* 42, *p.* 925, 21 *octobre* 1888).

La bronche épartérielle, qui doit son nom et sa description à Aeby (*R. S. M.*, XIX, 412), nait normalement de la maîtresse bronche droite et se divise aussitôt en trois branches.

Quatre fois, Chiari a constaté l'anomalie suivante. Une bronche provenant directement de la trachée s'enfonçait dans la partie supérieure du poumon droit, sans jamais se rendre dans un lobe surnuméraire du poumon. Ensuite la bronche épartérielle ou bien ne se divisait qu'en deux branches, ou bien son rameau supérieur était excessivement grêle. Quand la trachée se trifurque et qu'en même temps la bronche d'Aeby manque, on a affaire à une simple transposition de celle-ci qui, au lieu de naître de la grosse bronche droite, provient de la trachée. J. B.

Vorstellung eines Falles von congenitalen Colobom der Augenlieder, complicirt mit Mikrognathie, appendices auriculares und doppelsertigem intrauterin verheiltem Makrostoma, par FRICKE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 845, 23 *septembre* 1889).

Fille âgée de 17 ans, offrant les anomalies congénitales suivantes :

Œil droit : le sourcil, un peu en dehors de sa portion médiane, présente une plaque glabre de la largeur du doigt; au-dessous et un peu en dedans de cette plaque se trouve une grande perte de substance, quadrangulaire, de la paupière supérieure, tandis que le rebord palpébral inférieur est excavé au niveau de son tiers interne. Au niveau de ces pertes de substance des deux paupières, les cils et les orifices des glandes de Meibomius font défaut. Le

point lacrymal inférieur est situé à la limite externe de la partie excavée; le supérieur est placé à la partie interne de la paupière supérieure, à l'endroit normal. Opacités et xérose de la cornée.

Aux deux commissures palpébrales internes se voient de petites tumeurs sous-conjonctivales, jaune rougeâtre, d'apparence lipomateuse.

Œil gauche : la paupière supérieure présente au niveau de son bord libre une petite encoche, au sommet de laquelle les cils manquent. Au-dessus le cartilage tarse offre un hiatus large de 2 millimètres.

Le rebord inféro-externe de la cornée supporte un kyste dermoïde. La cornée elle-même est transparente.

Le reste des membranes oculaires est normal.

De chaque commissure labiale part, horizontalement en dehors, un cordon cicatriciel, large de deux doigts, légèrement convexe en bas.

En avant du tragus de chaque oreille se trouve un petit appendice ayant l'aspect cutané.

Maxillaire inférieur très petit. Voûte palatine anormalement élevée.

Pas de fissure des lèvres ni du bord alvéolaire. J. B.

Fall von accessorischen retroperitonealem Lungenlapper (**Lobe pulmonaire accessoire, rétropéritonéal**), par **DUBLER** (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 8, *p.* 234, 15 *avril* 1889).

A l'autopsie d'un homme de 47 ans, mort de cancer de l'estomac, Dubler a trouvé dans l'abdomen un lobe de tissu pulmonaire sans connexion aucune avec les poumons. Ce lobe avait la forme d'une pyramide oblique, haute de un centimètre trois dixièmes, à base triangulaire, large comme une pièce de 5 francs ; la couleur en était rouge grisâtre, la consistance charnue. Il était placé à gauche de l'aorte abdominale et à droite de la capsule surrénale gauche. Un pédicule, long de 3 ou 4 centimètres, traversait l'orifice aortique du diaphragme et rattachait ce lobe à l'aorte, au niveau de la dixième artère intercostale.

Ce lobe possédait une bronche dilatée, grosse comme le petit doigt et pleine de mucosités, renfermant, comme éléments constitutifs, des lamelles de cartilage hyalin, des fibres musculaires lisses, une muqueuse riche en fibres élastiques et tapissée d'un épithélium vibratile. Cette bronche, après avoir fourni trois bronches collatérales, se terminait en cul-de-sac au voisinage de l'insertion du pédicule; l'apport du sang était effectué par deux artères dont l'une de la grosseur d'une plume, sclérosée, naissait de l'aorte, au niveau de l'emplacement de la dixième artère intercostale, et accompagnait superficiellement la bronche, tandis que l'autre, plus grêle, naissait à 1 centimètre plus bas et se bifurquait avant de pénétrer dans le lobe. Une veine de la grosseur d'une plume d'oie conduisait le sang dans la veine semi-azygos. Entre la bronche et les deux troncs artériels se voyaient deux ganglions lymphatiques, gris-rouge, gros comme des graines de chènevis. Sur chaque artère se trouvait un rameau nouveau du plexus aortique, formé de fibres les unes sous les autres, avec myéline.

Le lobe lui-même était composé de vaisseaux, de bronches et de tissu conjonctif; ce dernier, mêlé de fibres élastiques fines, formait par places un réseau alvéolaire; mais nulle part on ne constatait ni épithélium alvéolaire, ni réseau capillaire des alvéoles.

La disposition des vaisseaux indiquait qu'il ne s'agissait pas d'un troisième poumon rudimentaire, mais bien d'une portion détachée des poumons. En effet, il manquait quelque chose à la base du poumon gauche. Les parties interne et postérieure n'étaient représentées que par des appendices; gros, le premier, comme un œuf de pigeon; l'autre comme une amande. Comme conséquence, l'arbre bronchique était irrégulièrement conformé.

Le poumon droit offrait aussi une anomalie : il avait quatre lobes, grâce à la veine azygos qui, dans son trajet irrégulier, divisait en deux le lobe supérieur. — Il existe dans la littérature trois faits analogues à celui de Dubler. J. B.

Corps étranger du péritoine, par DEMOULIN (*Soc. Anat.*, *p.* 442, 21 *juin* 1889).

Sur le cadavre d'une vieille femme atteinte d'un rétrécissement musculaire de l'intestin, D... a trouvé dans le péritoine un corps étranger libre, lisse, blanc, gros comme une amande, formé d'une enveloppe conjonctive entourant des détritus épithéliaux. Comme sur le côlon existaient des dépressions de la muqueuse entre les fibres musculaires, il est possible qu'il s'agisse du degré extrême de cette disposition, le godet s'étant transformé en tumeur pédiculisée, puis le pédicule s'étant rompu. Ce processus n'est d'ailleurs certainement pas le seul. Dans un autre cas, D... a vu sur le colon une hypertrophie avec induration fibreuse des franges épiploïques, et une d'entre elles formait une masse fibreuse identique au corps étranger, sauf qu'elle adhérait à l'intestin par un mince pédicule A. BROCA.

Considerazioni sulla genesi di un singolare tumore cistico del peritonea, par A. VITI (*La Riforma medica*, 9 *août* 1889).

A l'autopsie d'une femme de 36 ans, morte de péritonite tuberculeuse, Viti a trouvé sur le bord droit du foie, entre le foie et le diaphragme, une tumeur se détachant facilement du foie et du péritoine diaphragmatique, semblant avoir plus de connexion avec le diaphragme, pesant un peu plus de 120 grammes, à surface lisse, molle et fluctuante, remplie d'un liquide plutôt dense, très obscur, et renfermant des globules sanguins déformés. La paroi du kyste était formée de dedans en dehors de : 1° une couche réticulée de fibrine avec des débris de globules rouges décolorés ; 2° une couche de tissu connectif fibreux ; 3° une couche assez épaisse de fibres musculaires striées très nettes, dont un certain nombre dégénérées, plongées au milieu d'un tissu connectif lâche et riche en cellules ; 4° une couche de tissu connectif à fibres irrégulièrement disposées avec des traces légères d'inflammation.

L'auteur considère ce kyste comme d'origine congénitale et résultant d'une déviation dans la formation du diaphragme, le septum transversum ayant donné un prolongement sous forme d'invagination dans la cavité abdominale ; les caractères de la poche et du contenu résultent d'une inflammation survenue ultérieurement. GEORGES THIBIERGE.

Imperforation de l'iléon, par BLAND SUTTON (*The Americ. journ. of the med. sc.*, *p.* 457, *novembre* 1889.

L'imperforation rectale ou recto-anale et pharyngienne est bien connue, mais une semblable difformité du duodénum ou de l'iléon n'a jamais été l'objet d'études de la part des chirurgiens.

Rappelant le développement embryologique de l'intestin, l'auteur examine les diverses vices de conformation qui peuvent résulter du conduit vitello-intestinal. Présentant 2 parties : une intra et une extra-abdominale ; la première seule est intéressante au point de vue pathologique. Elle peut persister et constituer une fistule congénitale ombilicale, un diverticule plus ou moins long, adhérent ou libre de l'iléon ; parfois même il se présente sous la forme d'un kyste qui peut être assez volumineux.

Mais la malformation inverse peut se présenter; au lieu de la persistante béance du conduit, il peut se faire une coalescence trop complète. A l'état normal le conduit s'oblitère et toute trace ultérieure en disparaît au niveau de son point d'abouchement dans l'iléon. Or, dans certains cas, le processus d'oblitération s'étend jusqu'au calibre même de l'intestin, et donne dès lors lieu à la formation d'une bride fibreuse qui paraît enserrer circulairement l'iléon. Dans d'autres cas, il peut y avoir élargissement en quelque sorte de cet anneau et par suite une sorte de rétrécissement plus ou moins long de l'intestin; enfin, dans une troisième variété, il peut y avoir oblitération complète, et les deux extrémités de l'iléon s'éloignent l'une de l'autre ayant chacune la forme d'un cul-de-sac relié à son congénère par un très fin cordon occupant le bord du mésentère devenu libre en apparence.

La pathogénie de ce vice de conformation telle qu'elle est indiquée par l'auteur, c'est-à-dire l'excès de coalescence du conduit vitello-intestinal, s'appuie sur plusieurs raisons : l'obstruction ou l'atrésie congénitale du tube digestif siège toujours au niveau du point où se produit le processus embryogénique; les imperforations du pharynx, du duodénum, de l'anus reconnaissent un défaut de coalescence ; par analogie le même processus est très probable dans le cas particulier. Enfin, l'imperforation de l'iléon se rencontre dans le point où le tube digestif primitif était en communication avec le sac vitellin par l'intermédiaire du canal vitellin.

Les enfants atteints de rétrécissement congénital de l'iléon meurent fatalement avec des symptômes d'iléus chronique; si l'imperforation est totale, la mort se fait rapidement avec des symptômes d'iléus. Deux des faits de l'auteur ont été dans le premier cas ; le troisième a trait à une imperforation complète qui fut diagnostiquée, pour laquelle on intervint au bout de quarante-huit heures; l'enfant succomba néanmoins. — Les pièces sont reproduites par le dessin dans le mémoire et présentent les différents degrés de la lésion, ce qui éclaire la pathogénie telle qu'elle est admise par l'auteur. F. VERCHÈRE.

Nota sur un uovo umano mostruoso, par G. ROMITI (*In*-8°, *Siena*, 1889).

L'étude des anomalies du développement de l'embryon est à peine ébauchée. Depuis que His en a proposé une classification basée uniquement sur les formes extérieures, Giacomini est le seul qui ait donné une description détaillée, avec examen microscopique, de cas assez différents les uns des autres.

L'œuf observé par Romiti était légèrement ovale, avec un diamètre vertical de 18 millimètres et un diamètre transverse de 17 millimètres. Toute sa surface était recouverte de villosités. L'embryon mesurait 4,5 millimètres.

A l'œil nu on reconnaissait une extrémité céphalique, petite et détachée du chorion, tandis que toute la moitié caudale adhérait à celui-ci. De l'extrémité caudale partait un prolongement qui se confondait insensiblement avec le chorion et qui représentait le pédoncule abdominal avec les vaisseaux et le pédoncule allantoïdien.

Sur des coupes, l'auteur constate qu'il n'y avait pas trace d'organes.

Seulement les éléments embryonnaires étaient agglomérés en certains points, plus particulièrement vers l'extrémité céphalique, et ces amas pourraient bien correspondre aux vésicules optiques et olfactives.

La couche cellulaire externe des villosités était très bien conservée, ce qui tend à confirmer l'origine maternelle de ce revêtement épithélial. Par contre, dans le parenchyme de villosités, beaucoup d'eléments étaient en dégénérescence graisseuse ou atrophiés et montrant des caractères d'éléments morts.

Après avoir signalé l'importance que présente le fait, bien constaté ici, de la continuation du pédoncule ventral avec le chorion, relativement à son mode de formation tel que l'a expliqué His, Romiti discute la valeur de la profonde incurvation dorsale notée déjà par His, Chiarugi et d'autres, et termine par quelques réflexions sur la détermination de l'époque de la conception. A. NICOLAS.

Cas de malformation congénitale des mains; main gauche en patte d'écrevisse; main droite rameuse; ectrodactylie; brachydactylie; syndactylie, par CHALEIX (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 9 *février* 1890).

Chez une femme de 22 ans, Chaleix a rencontré les difformités congénitales suivantes des mains : main droite courte, comme ramassée, n'offrant qu'une longueur de 14 centimètres; pouce normal; index n'est représenté que par le deuxième métacarpien et une phalange rudimentaire accolée à la phalangine du médius. Médius a la forme d'une baïonnette dont la pointe serait légèrement faussée, la phalange étant horizontale et perpendiculaire au métacarpien et à la phalangine. Annulaire présente une direction de ses trois phalanges telle qu'elles constituent les trois branches d'un Z. Auriculaire est ankylosé dans son articulation phalango-phalangiñienne.

Main gauche a l'aspect d'une patte d'écrevisse, par la suppression totale du médius, qui n'est représenté que par son métacarpien.

Un enfant de cette femme est né avec des difformités multiples occupant les mains : du côté droit, le pouce et l'index sont palmés; le médius n'est représenté que par son métacarpien; du côté gauche, le médius n'est également représenté que par le troisième métacarpien accolé au quatrième. OZENNE.

PATHOLOGIE EXPÉRIMENTALE.

Recherches cliniques et expérimentales sur la pathogénie de la fièvre; théorie générale sur la nature et le rôle physiologique et pathogène des diastases ou ferments solubles, par ROUSSY (*Gaz. des hôp.*, *mars* 1889).

De même que l'ingestion par l'homme de bière altérée, de viande faisandée, d'eaux stagnantes, etc., et le surmenage produisent de la fièvre,

de même l'injection sous-cutanée ou intra-veineuse de bière altérée ou de viande faisandée produit chez le chien et le lapin une fièvre intense apparaissant avec une rapidité telle qu'on est amené à la rapporter plutôt à des substances solubles qu'à l'action des microorganismes; les injections intra-stomacales des mêmes substances ont une action nulle chez le chien et peu intense chez le lapin, ce qui donne à penser que les substances solubles sont ou modifiées ou détruites dans l'intestin ou dans les autres organes. Une substance extraite par l'éther des matières animales fermentées possède des propriétés frigorigènes très accentuées.

L'eau qui a servi à laver les cellules parfaitement vivantes de levure de bière possède des propriétés pyrétogènes énergiques, elle les doit à des substances solubles résultant de l'activité de ces cellules : ces substances pyrétogènes paraissent être assez nombreuses ; la plus active est une substance qui ne cristallise pas et qui est composée de fines granulations homogènes; quelques dixièmes de milligramme de cette substance par kilogramme d'animal produisent rapidement un accès de fièvre typique et très intense. Roussy lui donne le nom de pyrétogénine. Cette substance, très soluble dans l'eau, peu soluble dans l'éther, insoluble dans l'alcool et le chloroforme, est neutre, se comporte comme une base en présence de certains acides, l'acide phosphomolybdique par exemple, auquel elle s'unit pour former un sel cristallisable; elle renferme de l'azote, elle dédouble le sucre candi en glucose et lévulose, c'est-à-dire qu'elle se comporte comme une diastase.

L'existence de cette diastase basique et pyrétogène a une grande importance : en effet, toutes les cellules, tous les microorganismes élaborent des diastases ou ferments dont il se servent pour attaquer et transformer la matière; ces diastases ou ferments solubles jouent un rôle de premier ordre dans l'action des microorganismes ; il est nécessaire de les étudier une à une. GEORGES THIBIERGE.

On the influence on the bodily temperature... (Influence des lésions du corps strié et de la couche optique sur la température du corps), par W. HALE WHITE (*Brit. med. j.*, *p.* 1401, *juin* 1889).

Relation des expériences de trépanations faites sur des lapins pour rechercher les modifications de la température du corps.

Dans une première série d'expériences, Hale White prouve que l'éthérisation des animaux ne modifie en rien leur chaleur, et que la trépanation du crâne ne provoque qu'un mouvement très passager d'hyperthermie.

Dans une seconde série de faits, il démontre que les lésions localisées à la substance blanche du cerveau n'agissent pas davantage pour élever la température du corps.

Quand le corps strié est lésé (23 expériences), il y a ordinairement une élévation thermique considérable, de 3° à 5° *Fahrh.* qui se produit au bout de 3 ou 4 heures et dure 30 heures en moyenne. Un abaissement de température signifie en général une hémorragie abondante intra-encéphalique avec un choc cérébral.

Dans les lésions de la couche optique (9 expériences), l'hyperthermie est également la règle et dépasse 2° et 3° F. Elle se maintient pendant 24 heures environ. H. R.

Experimentelle Beiträge zur Pathologie der Leber (Contributions expérimentales à la pathologie du foie), par E. PONFICK (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., Band CXVIII, Heft* 2).

Ponfick extirpa par la ligature et la section certaines portions du foie sur le lapin. Après avoir enlevé ainsi *un quart* du lobe droit du foie, il vit les lapins, dans 60 expériences, se remettre complètement après trois jours de malaise. Après l'ablation de *la moitié* de ce lobe, les lapins survécurent plusieurs semaines, même des mois. Lorsqu'on extirpe les *trois quarts* du lobe, on voit d'une part les uns mourir au bout de deux ou de cinq jours, et les autres, au nombre de trois, survivre des semaines et des mois à l'opération.

Les lapins qui guérirent de cette première ablation subirent dans la suite, une fois en bonne santé, l'ablation totale du lobe droit : ils se remirent complètement de la seconde opération, bien qu'ils eussent perdu les trois quarts de la masse totale du foie.

Il résulte de ces faits qu'on peut enlever à un mammifère (lapin) un quart, la moitié et même les trois quarts du foie, sans que la mort s'ensuive. Mais Ponfick n'a pas réussi encore à conserver vivants des lapins qui ont perdu les quatre cinquièmes ou la masse entière du foie. ED. RETTERER.

Ueber die Regeneration des Schilddrüsengewebes (Sur la régénération du tissu de la glande thyroïde), par RIBBERT (*Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVII, Heft* 1).

Ribbert pratiqua l'extirpation de certaines portions du corps thyroïde sur le lapin et le chien, et examina le mode de régénération du lobe intéressé. Dans les premiers jours après l'opération, il trouva la plaie pleine de sang; le 5e jour, il vit des bourgeons charnus. Le tissu glandulaire se produisit exclusivement le long des deux lèvres de la plaie, tandis que le reste de la solution de continuité n'était rempli que de tissu conjonctif. Au fur et à mesure que les deux lèvres se rapprochèrent, il vit le tissu conjonctif central s'amincir et se réduire de plus en plus. Le tissu glandulaire procède, par suite, de la portion thyroïdienne qui persiste, et il est facile de distinguer les parties régénérées du tissu thyroïdien ancien. Les alvéoles qui sont dans le voisinage de la plaie perdent leur lumière centrale, les cellules épithéliales se disposent en plusieurs rangées et présentent de nombreuses figures karyokinétiques.

Plus tard, on voit les alvéoles pleins montrer de nombreuses anastomoses les uns avec les autres, ce qui indique qu'ils ont poussé des bourgeons dont chacun donnera naissance à un jeune alvéole, offrant tous les indices d'une prolifération abondante. Enfin on constate que la régénération s'étend à toute la région extirpée, où il persiste encore pendant quelque temps une capsule conjonctive plus épaisse qu'ailleurs.

Ces recherches établissent que le corps thyroïde subit une régénération de tous points semblable à celle des autres glandes : les épithéliums des anciens alvéoles produisent, en proliférant, le tissu glandulaire jeune, qui apparaît sous forme de bourgeons petits et pleins, se creusant plus tard d'une lumière centrale. Enfin la substance colloïde remplira celle-ci de la même façon qu'elle fait dans les anciens alvéoles. ED. RETTERER.

Sugli effetti del versamento di bile nella cavità peritoneale e sulla ciccatrizzazione delle ferite della cistifellea, par R. SCHWARZ (*La Riforma medica*, 10 *et* 11 *octobre* 1889).

La bile normale recueillie dans la vésicule biliaire du chien ou du veau ne renferme jamais de microorganismes ; l'épanchement de cette bile produit aseptiquement dans le péritoine n'a aucune action virulente, ni même une simple action irritante. Aussi n'a-t-on pas lieu de redouter l'épanchement de la bile dans le péritoine à la suite de la résection partielle du foie. Les blessures de la vésicule biliaire, même avec résection de fragments de sa paroi, se réunissent rapidement; la suture en est facile et utile et hâte leur cicatrisation. GEORGES THIBIERGE.

Ueber die Ursachen der peritoneale Adhœsionen (Sur les causes des adhérences péritonéales consécutives aux interventions chirurgicales), par Thadeus von DEMBOWSKI (*Arch. f. klin. Chir.*, *vol. XXXVII*, *fasc.* 4, *p.* 745).

Dembowski a cherché a déterminer par la voie expérimentale quelles sont les causes immédiates des adhérences qui se produisent après les laparotomies. Les expériences ont été faites sur des chiens. D'abord il a fixé au péritoine pariétal de l'hypocondre des morceaux de gaze iodoformée; les chiens ayant été tués au 8e jour, toujours la gaze iodoformée a été trouvée encapsulée. Dans une seconde série d'expériences il a étudié l'influence des ligatures. Sur 18 ligatures, 16 ont été trouvées entourées d'adhérences. On peut donc admettre que l'absence d'adhérences au niveau des ligatures est une exception rare. Les eschares superficielles faits sur le péritoine pariétal au niveau du foie n'ont pas déterminé d'adhérences de ce dernier. Mais ailleurs, elles ont entraîné des adhérences de l'intestin ou de l'épiploon, adhérences qui persistaient encore au bout de 2 mois. La poudre d'iodoforme répandue sur l'intestin ne détermine aucune espèce d'adhérences. Au bout de 8 jours, elle est presque complètement résorbée. Le sang se résorbe très rapidement. Au bout de 8 jours, on n'en trouve plus trace, et le péritoine ne présente aucun signe d'inflammation. Dembowski a cherché à déterminer le rôle des antiseptiques dans la production des adhérences. Il a essayé le sublimé et l'acide phénique, mais tous les animaux étant morts d'intoxication, il n'a obtenu aucun résultat. Il a fait quelques expériences avec la térébenthine et l'huile d'origan, et n'a jamais trouvé à la suite la moindre altération macroscopique du péritoine. Il croit pouvoir en conclure que les antiseptiques n'amènent pas la production d'adhérences. Enfin, dans une dernière série de recherches, il a étudié le rôle des altérations du péritoine. Il conclut que les surfaces péritonéales dépouillées de leur épithélium, et même les plaies avec perte de substance du péritoine guérissent sans qu'il se forme d'adhérence. PIERRE DELBET.

Ueber experimentelle Erzeuzung der Osteomalacie (Production expérimentale de l'ostéomalacie), par H. STILLING et J. v. MERING (*Centrbl. f. d. med. W.*, *p.* 803, 1889).

Une chienne pleine reçoit comme nourriture 600 grammes de viande de cheval finement hachée que l'on a fait bouillir auparavant dans 3 litres d'eau distillée pendant 2 heures. On lui donne en outre 40 grammes

de graisse; comme boisson, de l'eau distillée. Elle met bas 6 petits. Ces petits se développent mal; à 3 ou 4 semaine ils ne peuvent pas encore courir; 4 meurent de faiblesse; le 6e est tué. Pas de lésion osseuse. La chienne maigrit; on la tue le 126e jour. Les os de la colonne vertébrale et du bassin étaient mous, se laissaient facilement déprimer; au microscope, on y trouve des lésions d'ostéomalacie. A. M.

Contribution à l'étude expérimentale des névroses réflexes d'origine nasale, par François FRANCK (*Arch. de physiol.*, *n°* 3, *p.* 538, 1889).

Ayant mis à nu les cavités nasales chez des chiens, des chats, des lapins, modérément anesthésiés par l'éther, irrité par des procédés très divers la muqueuse, surtout au niveau du cornet inférieur et de la cloison, F. a obtenu des réactions respiratoires, cardiaques et vasculaires.

1° *Troubles respiratoires.* — L'excitation de la muqueuse nasale détermine l'éternuement, la toux, le spasme réflexe du larynx et des bronches, avec troubles spasmodiques notables des mouvements respiratoires. Ces réactions peuvent se combiner pour produire un état respiratoire grave, aboutissant rapidement à la suffocation, et simulant absolument un accès d'asthme.

2° *Troubles cardiaques.* — L'auteur a observé des réactions cardiomodératrices souvent très accusées, parfois des troubles arythmiques notables. Ces réactions, exagérées en cas d'insuffisance aortique, s'atténuent et peuvent même disparaître sous l'influence de l'anesthésie locale ou générale.

3° *Troubles vaso-moteurs.* — L'irritation de la muqueuse nasale produit la vaso-dilatation céphalique, et la vaso-constriction partout ailleurs, aussi bien à la périphérie (membres) que dans la profondeur (reins, poumons). G. LION.

Nouvelles recherches sur l'injection de l'eau salée dans les vaisseaux, par A. DASTRE et P. LOYE (*Arch. de physiologie*, *n*os 1-2, *p.* 253).

Dastre et Loye ont étudié sur des chiens le lavage du sang par la solution salée physiologique. Ils sont arrivés aux conclusions suivantes :

1° On peut introduire dans les veines, chez le chien comme chez le lapin, une quantité considérable (quadruple du volume du sang, et même au delà) d'eau salée à 7 0/00, sans provoquer de troubles ou de douleur ;

2° L'innocuité et l'indoloréité de l'injection exigent les conditions suivantes : l'injection doit arriver dans les veines à une pression constante, à une température constante (température du sang), et avec une vitesse déterminée (0 gr. 7 par minute et par kilogramme d'animal, chez le chien). En outre, les organes de l'animal, les reins en particulier, doivent être en bon état ;

3° Quand une quantité d'eau salée correspondant à peu près au volume du sang de l'animal a été introduite dans les veines, l'élimination s'en fait avec régularité. Il sort de l'organisme autant de liquide qu'il y en entre. L'animal se comporte alors comme un trop plein.

4° Ce régime normal démontre l'existence d'un appareil régulateur de la quantité d'eau de l'organisme. Ce mécanisme tolère la pénétration

d'une certaine quantité d'eau dans l'économie ; mais, une fois cette quantité atteinte, il rejette tout excédent. Il ne paraît bien fonctionner, ni chez les animaux jeunes, ni chez les animaux soumis à l'anesthésie chloroformique. Il semble également que l'appareil régulateur thermique ne fonctionne pas non plus chez ces mêmes animaux ;

5° L'eau salée qui séjourne dans l'organisme ne reste pas tout entière dans le sang. Une partie seulement de cette eau grossit momentanément la masse sanguine ; l'autre partie, la plus importante, se dépose provisoirement dans les tissus (foie, lymphatiques, séreuses, etc.) L'injection terminée, cette dernière partie revient peu à peu dans le sang, puis est rejetée au dehors par les émonctoires ;

6° La partie de l'injection qui séjourne dans l'appareil circulatoire ne modifie pas sensiblement la pression artérielle moyenne. Celle-ci paraît, dans une certaine mesure, indépendante de l'état de réplétion du système vasculaire ;

7° Le liquide injecté s'élimine presque exclusivement par la voie urinaire. Cependant, quand cette voie est insuffisante, l'excrétion se complète par la voie des glandes salivaires, quelquefois par la muqueuse intestinale, ou par la surface pulmonaire ;

8° Le liquide rejeté par le rein varie dans les diverses phases de l'expérience. Au début, depuis le moment où l'injection commence jusqu'à celui où le régime normal est établi, l'urine a les caractères de l'urine physiologique. Mais, dans la seconde période, alors que la courbe d'injection et la courbe d'excrétion sont parallèles, le liquide éliminé par le rein ne ressemble nullement à de l'urine ; il est à peu près analogue à l'eau salée injectée, et ne renferme qu'une très minime quantité d'urée. Enfin, dans la troisième période, pendant laquelle l'injection étant terminée, l'élimination des réserves accumulées s'établit, l'urine reprend peu à peu ses caractères normaux ;

9° Le liquide, qui s'échappe par le rein, n'enlève point d'éléments essentiels à la constitution de l'organisme : c'est le liquide même introduit, qui s'est chargé seulement d'une très petite quantité de produits solubles indifférents, ou peut-être nuisibles à l'économie. Aussi peut-on dire qu'il y a eu véritablement lavage du sang et des tissus ;

10° Les faits précédents peuvent fournir une base scientifique aux essais de traitement par lavage des maladies dans lesquelles on soupçonne que des produits toxiques solubles s'accumuleraient dans les tissus.

G. LION.

I. — Nouvelle communication sur les résultats positifs de l'inoculation du cancer de chien à chien, par WEHR (*XVII° Cong. des chir. allem. Cent. f. Chir.*, *n°* 19, *p.* 12, 1889).

II. — Inoculation d'un cancer de la peau de rat à rat, par HANAU (*Ibidem*, *n°* 29, *p.* 11, 1889).

I. — Wehr s'est servi pour ses nouvelles recherches de fragments d'une variété de carcinome qui attaque chez les chiens la muqueuse préputiale ou celle du vestibule du vagin. L'un des animaux a fini par succomber. L'inoculation avait été faite dans le tissu cellulaire. L'autopsie a montré que les ganglions rétropéritonéaux étaient dégénérés. Ils for-

maient une tumeur qui avait comprimé l'urètre et amené la rupture de la vessie. C'est, dit l'auteur, la première fois que le tableau clinique du carcinome amenant la mort est obtenu à la suite d'inoculation.

Dans la discussion Hahn rappelle les expériences qu'il a faites sur l'homme; et Bergman dit les avoir répétées avec succès.

II. — Hanau a pris sur une rate des fragments de carcinome de la vulve, et les a inoculés dans la tunique vaginale de deux vieux rats. L'un est mort au bout de 7 semaines avec un cancer de péritoine, l'autre mis à mort au bout de 8 semaines présentait seulement deux petits noyaux cancéreux. Un fragment de ces noyaux fut inoculé à un autre vieux rat. Au bout de 3 mois, ce dernier avait un carcinome du péritoine avec des noyaux sous le diaphragme et un dans le médiastin postérieur. L'identité de la forme histologique de tous ces cancers a été constatée. (Voy. *R. S. M.*, XXXIII, 461.) PIERRE DELBET.

I. — De quelques causes qui modifient l'immunité naturelle, par G.-H. ROGER (*C. R. Soc. Biologie*, 6 *juillet* 1889).

II. — De la production, par les microbes pathogènes, de substances solubles qui favorisent leur développement, par G.-H. ROGER (*Ibidem*, 27 *juillet* 1889).

I. — Le lapin, qui est normalement réfractaire au charbon symptomatique, contracte la maladie quand on associe un autre microbe (*B. prodigiosus*) au bacille charbonneux. Il est réfractaire à cette association microbienne quand on le vaccine préalablement par injection intra-veineuse d'une culture de charbon. La vaccination a renforcé ainsi l'immunité naturelle.

Le B. prodigiosus n'exerce pas une action nocive locale favorisant le développement de l'infection charbonneuse (ainsi qu'agit l'acide lactique par exemple) : il agit en altérant l'état général du lapin; l'aptitude morbide qu'il détermine est, du reste, transitoire.

Le pigeon, comme le lapin, peut avoir son immunité naturelle contre le charbon symptomatique vaincue par les associations microbiennes.

II. — Le lapin, qui est d'ordinaire réfractaire au charbon symptomatique, contracte la maladie quand l'inoculation est faite dans la chambre antérieure de l'œil.

Un foyer virulent, survenu accidentellement chez un animal réfractaire, peut entraîner l'apparition d'autres foyers qui n'auraient pu se produire sans l'existence de la lésion primitive. Ce phénomène est dû à ce que, parmi les matières solubles secrétées par les microbes, il en est qui favorisent leur développement. PAUL LOYE.

Evolution des microbes chez les animaux vaccinés, par CHARRIN (*C. R. Soc Biologie*, 9 *novembre* 1889).

Charrin établit un parallèle entre l'évolution du microbe pyocyanique dans l'organisme des animaux vaccinés et l'évolution du même microbe dans l'organisme des animaux non vaccinés. Dès la quatrième heure, les bacilles libres sont moins nombreux au point d'inoculation chez les lapins vaccinés : au bout de vingt-quatre heures, ils ont presque disparu, alors qu'au même moment ils sont très abondants dans le tissu cellulaire des non vaccinés. Le sang et les organes, chez les vaccinés, don-

nent des cultures beaucoup moins abondantes que chez les non vaccinés. Le liquide urinaire contient rarement le bacille pyocyanique chez les premiers ; il en renferme presque toujours chez les seconds.

Il s'agit donc d'une destruction réelle des microbes chez l'animal vacciné. Alors que le nombre des bacilles s'accroît constamment chez l'animal non réfractaire, il diminue et tend vers zéro chez l'animal réfractaire. L'accumulation formidable de leucocytes au point d'inoculation (accumulation signalée par Bouchard) chez l'animal vacciné, laisse supposer que les globules blancs interviennent efficacement dans la destruction des bacilles. PAUL LOYE.

Les sucs digestifs et les bactéries, par LEUBUSCHER (*Berlin. klin. Woch n° 41, p. 905, 14 octobre* 1889).

Leubuscher a recherché la manière dont se comportent, à l'égard des microorganismes, les sécrétions intestinales, telles que le suc intestinal, le suc pancréatique et la bile.

Il a constaté que le suc intestinal, stérile en lui-même, permet cependant le développement presque intégral des bacilles de la pomme de terre, des bacilles de Finkler et Prior, des bactéridies et surtout des bacilles cholérique et typhoïdique.

De même, une solution de trypsine constitue un milieu nourricier excellent pour le bacille du choléra. Il en est à peu près ainsi pour la bile, qui, stérile elle-même, n'empêche pas la pullulation des microorganismes. En revanche, les acides biliaires purs sont des désinfectants. J. B.

Tossicità del siero di sangue dell'uomo e degli animali allo stato normale e nelle malattie da infezione, par G. RUMMO et L. BORDONI (*La Riforma medica, 28 et 29 octobre, 11 et 12 novembre* 1889).

Le sérum du sang injecté dans les veines ou dans le péritoine d'un animal d'espèce différente produit des accidents dont le type et l'intensité varient suivant la nature et la quantité du sérum employé. Ces accidents ne dépendent ni de l'urée ni des substances minérales contenues dans le sérum, ni de l'augmentation de la masse du sang, ni d'une infection aiguë, ni de substances se produisant en dehors des vaisseaux, à la suite de la transformation de la fibrine ou des globules, mais ils sont dûs à la présence dans le sang de principes toxiques, véritables poisons animaux (leucomaïnes du sérum).

Le sérum du sang d'animaux atteints de maladies infectieuses (charbon, choléra des poules, rouget, septicémie de Fränkel) stérilisé par la chaleur ou par la filtration, provoque des accidents intenses, même injecté à des animaux de même espèce et à doses relativement faibles ; quelquefois même il produit la mort des animaux.

Le sérum d'un sujet atteint de pneumonie fibrineuse en voie d'hépatisation ou à la période d'hépatisation, produit un syndrome spécial dans lequel prédominent les phénomènes de dépression du système nerveux et du cœur. A la période de résolution de l'exsudat pulmonaire, le sérum injecté produit des accidents différant peu de ceux déterminés par l'injection de sérum d'un sujet sain.

Dans la fièvre typhoïde, la toxicité du sérum augmente notablement, particulièrement pendant le deuxième septénaire, époque à laquelle on

peut produire la mort d'un lapin avec 1 1/2 cent. cube de sérum par kilogramme d'animal; les symptômes nerveux prédominent.

Dans l'impaludisme, la toxicité du sérum extrait soit pendant l'accès fébrile, soit pendant la période apyrétique, en particulier chez les sujets cachectiques, diminue dans la proportion de 20 à 25 0/00, et les phénomènes de dépression prédominent sur les phénomènes d'excitation.

Dans l'éclampsie, la toxicité du sérum du sang augmente de 3 à 4 0/00, les phénomènes paralytiques alternent avec les phénomènes d'excitation, et l'animal meurt avec des symptômes convulsifs intenses et prolongés. GEORGES THIBIERGE.

Ricerche sperimentali sull'azione dei bacilli della tuberculosi dei gallinacei e dei mammiferi nella vita embrionale ed adulta del pollo, par A. MAFFUCCI (*La Riforma medica*, 7, 9, 10, 11 *et* 12 *septembre* 1889).

L'albumine de l'œuf fécondé et non soumis à l'incubation n'est pas un terrain favorable au bacille de la tuberculose des gallinacés, mais devient favorable lorsque l'œuf a été soumis à l'incubation. Les bacilles de la tuberculose des gallinacés, injectés dans des œufs mis à incuber, se résolvent en granules qui ne produisent pas de tubercules chez l'embryon, mais qui en produisent si on les injecte à des poulets adultes et qui produisent des bacilles si on les cultive sur des milieux nutritifs. Le bacille ne peut se développer non seulement chez l'embryon, mais encore pendant un certain temps chez le poulet après sa sortie de l'œuf. La dénutrition qui se produit chez l'embryon doit être attribuée à l'action des substances produites par les bacilles. Lorsque tous les bacilles n'ont pas été détruits dans l'embryon, la tuberculose peut se produire chez le poulet, et alors à une époque d'autant plus tardive que l'inoculation à l'embryon a été faite plus tôt.

La tuberculose des gallinacés n'est pas très pathogène pour les mammifères. La tuberculose des mammifères n'est pas pathogène pour les poulets adultes. GEORGES THIBIERGE.

Ricerche sull'aria espirato allo stato patologico, par G. LIPARI et G. CRISAFULLI (*La Riforma medica*, 16 *et* 17 *septembre* 1889).

Les liquides (eau simple, acidulée ou alcoolisée) dans lesquels on fait barbotter pendant plusieurs heures l'air expiré par des sujets atteints de tuberculose, de pneumonie, de fièvre typhoïde, d'érisypèle, de rhumatisme, de même que le liquide résultant de la condensation de la vapeur contenue dans l'air expiré par ces malades, injectés dans les veines et dans le péritoine des cobayes et des lapins ne déterminent ni signes d'empoisonnement, ni fièvre, ni insomnie, ni trouble d'aucune sorte ; ces liquides ne renferment pas de micro-organismes. GEORGES THIBIERGE.

I. — Experimentelle Beiträge zur Infectiosität des Fleisches tuberculöser Rindes (Etudes expérimentales sur l'infectiosité de la viande des vaches tuberculeuses), par Wilhelm KAESTNER (*Münchener med. Woch.*, 20 *août* 1889).

II. — Ueber der Infectiosität des Fleisches bei Tuberculose (De la virulence de la chair musculaire dans la tuberculose), par Fritz STEINHEIL (*München. med. Woch.*, 8 *octobre* 1889).

I. — Après les travaux de Bollinger, de May, de Stein, d'Hirschberger,

on admit comme démontrée la virulence du lait des vaches pommelières, mais les résultats furent loin d'être aussi concordants sur la viande de ces animaux.

L'ingestion est un procédé infidèle, en ce sens qu'une viande peut très bien être virulente et cependant ne pas provoquer le développement de la tuberculose. L'auteur s'est servi de l'injection péritonéale, le péritoine étant un excellent réactif vis-à-vis des bacilles de la tuberculose.

Les muscles striés présentent très exceptionnellement des foyers tuberculeux. En outre, le sang ne contient pas de bacilles, sauf dans la tuberculose aiguë. Mais le tissu musculaire peut contenir des spores que l'on ne peut déceler directement.

Göring estime que 1.61 0/0 des vaches en Bavière sont tuberculeuses; dès lors, on conçoit le danger qui menace d'après cette statistique, si la viande de ces animaux est virulente.

L'auteur injecta le jus de viande à des cochons d'Inde. Sur 16 expériences (12 fois il s'agissait de vaches pommelières), il n'obtint aucun résultat positif.

De sorte qu'il conclut que la viande de vaches pommelières ne présente aucun inconvénient dans son emploi, s'il n'existe pas de tubercules musculaires, au moins dans la grande majorité des cas.

II. — L'auteur employa du suc de viande, préparé avec les muscles psoas de cadavres de phtisiques soigneusement débarrassés des fascias, de la graisse et des gros vaisseaux. Il l'injecta dans la péritoine de cobayes qu'il sacrifia au bout d'environ quatre semaines.

On n'employa que la chair musculaire de sujets ayant succombé à une tuberculose grave. Dans une expérience, l'animal succomba à une péritonite septique; 17 autres fois l'expérience fut positive, mais la tuberculose était peu avancée, ce que l'auteur attribue au peu de bacilles ou de spores contenus dans le tissu musculaire, à moins qu'il ne faille incriminer le peu de réceptivité des animaux. Les bacilles sont-ils contenus dans la lymphe ou dans le sang? S'il est vrai qu'on n'en a pas rencontré, en dehors de la tuberculose aiguë, dans le sang, il est juste d'ajouter que la quantité de sang ainsi examiné est bien légère, et qu'il suffit de bien peu de germes pour que la tuberculose se développe. — Si Kaestner a obtenu des résultats opposés avec la viande de vaches tuberculeuses, il faut considérer : 1° que les vaches étaient dans un stade relativement peu avancé de la tuberculose; 2° que la tuberculose de la vache, quoique reconnaissant la même origine que celle de l'homme, présente peut-être, au point de vue de l'infectiosité, comme au point de vue anatomique, des caractères un peu différents de la tuberculose humaine. P. TISSIER.

Experimentelle Beiträge zur Infectiosität der Milch tuberculöser Kühe (Recherches expérimentales sur les qualités infectantes du lait des vaches tuberculeuses), par Karl HIRSCHBERGER (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Band XLIV*, *p.* 500).

K. Hirschberger a expérimenté sur des vaches tuées à l'abattoir. Le lait était recueilli par une section faite dans la glande mammaire, et injecté à l'aide d'une seringue de Pravaz dans le péritoine de cobayes. Toutes les précautions ont été prises pour éviter l'inoculation de substances septiques.

Ces inoculations ont été assez souvent positives pour que l'auteur conclue que le lait est infectieux (au point de vue de la tuberculose) dans 55 0/0 des cas (11 fois sur 20 cas).

On peut supposer que 5 0/0 des vaches sont tuberculeuses, et beaucoup d'entre elles peuvent donner encore un litre de lait. Il serait très important de savoir dans quelles conditions ce lait renferme des germes de tuberculisation.

Dans 5 des cas étudiés, les vaches tuberculeuses étaient très malades, et la plupart des organes étaient atteints; dans 6 cas, elles étaient moins malades; dans 9 cas, il ne s'agissait que de lésions restreintes, limitées au poumon. Les 5 premières ont donné 4 résultats positifs et 1 négatif; les 6 suivantes, 4 résultats positifs et 2 négatifs, et, enfin, les 6 dernières. 3 positifs et 6 négatifs.

Le lait des vaches atteintes de tuberculose localisée peut donc être infectant. L'étendue des lésions présentées par les vaches malades ne correspond pas toujours à un degré évident de dépérissement : elles peuvent conserver un état général en apparence satisfaisant.

Malgré le nombre relativement considérable de ces expériences, Hirschberger n'a pu qu'une seule fois rencontrer des bacilles tuberculeux dans un des laits examinés. A. MATHIEU.

Ueber den Bacillus der Pseudo-tuberculose bei Nagethieren (Rongeurs), par PFEIFFER (de Wiesbaden) (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 42, *p.* 925, 21 *octobre* 1889).

Pfeiffer est parvenu à cultiver à l'état pur le bacille de l'affection déjà connue par les travaux d'Eberth, de Malassez et Vignal, qui ressemble d'ailleurs davantage à la morve qu'à la tuberculose ; ensuite il a reproduit l'affection en inoculant ce bacille, et constaté sa présence dans les tissus des animaux inoculés.

Ces bacilles sont courts et épais, ils se groupent volontiers au nombre de 2 ou de plusieurs, s'entourent d'une mince couche transparente et sont immobiles. Ils croissent sur l'agar, la gélatine, le bouillon, le lait, les pommes de terre neutralisées. Ils sont tués par la dessiccation et par la chaleur au-dessus de 60°.

Sont sensibles aux effets de ce bacille, les lapins, les souris grises et blanches, les hamsters, les cobayes et les lièvres. Sont réfractaires, les chevaux, les chèvres, les mulots, les campagnols, les chiens, les chats, les hérissons, les poules et les pigeons.

L'infection peut avoir lieu par inoculation, inhalation et ingestion. Ces bacilles ne se colorent pas par la méthode de Gram.

Dans la discussion, *Bollinger* dit qu'il lui paraît probable que la prétendue syphilis des lièvres est une affection analogue, ou même identique.

J. B.

Dégénérescence tuberculeuse des ganglions lymphatiques après inoculation de bacilles chez des chiens, par CORNET (*XVII*e *Cong. des chir. allem. Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 7, 1889).

Cornet présente les chiens sur lesquels il a fait les expériences suivantes. Il a déposé dans le cul-de-sac conjonctival inférieur des crachats tuberculeux ou des cultures pures de bacilles sans traumatiser la conjonctive en quoique ce soit. Les ganglions cervicaux correspondants

sont augmentés de volume, et, sur les animaux mis à mort, on les a trouvés ramollis ou caséeux. Sur d'autres animaux, les matières tuberculeuses ont été portees dans les fosses nasales avec une fine plume d'oiseau. Les ganglions sont infectés bien qu'il n'y ait aucune lésion de la muqueuse. Ces expériences ont été répétées sur les gencives, dans le conduit auditif externe, dans le vagin et même sur la peau, toujours avec le même succès. Mais, sur la peau, il fallait faire une légère excoriation. Ces expériences prouveraient que les bacilles de la tuberculose peuvent pénétrer au travers de la muqueuse qui ne présente aucune lésion macroscopique ni avant ni après la pénétration. PIERRE DELBET.

Sur la tuberculose zoogléique, par NOCARD (*C. R. Soc. de Biologie*, 26 *octobre* 1889).

Nocard a constaté une véritable épizootie de tuberculose zoogléique dans un clapier de lapins. Il a reconnu que cette pseudo-tuberculose avait pour cause le même microbe que celui des tuberculoses zoogléiques décrites par Charrin et Roger et par Dor. En poursuivant l'étude comparative des tuberculoses zoogléiques, il a reconnu que les pseudo-tuberculoses décrites par divers auteurs (Malassez et Vignal, Charrin et Roger, Grancher et Ledoux-Lebard, Nocard) étaient toutes identiques.

PAUL LOYE.

I. — Due altri casi di febbre malarica sperimentale, par E. ANTOLISEI et A. ANGELINI (*La Riforma medica*, 28 *et* 30 *septembre* 1889).

II. — Una quartana sperimentale, par T. GUALDI et E. ANTOLISEI (*La Riforma medica*, 13 *novembre* 1889).

I. — Les auteurs ont injecté dans les veines de deux malades du service de G. Baccelli du sang extrait avec une seringue de la veine d'un sujet atteint de fièvre tierce. Dans les deux cas, des accès fébriles débutèrent dix jours après l'injection et se reproduisirent ensuite suivant le type tierce. Dans les deux cas, le sang des malades présenta les mêmes altérations des globules rouges et les mêmes amibes que celui du sujet qui avait fourni le sang injecté.

II. — Avec 2 centimètres cubes de sang pris, quelques heures avant l'accès, dans la veine basilique d'un sujet atteint depuis quelques jours seulement de fièvre quarte, Gualdi et Antolisei ont fait une injection intra-veineuse à un malade du service de Baccelli atteint de ramollissement cérébral : douze jours après, celui-ci fut pris de fièvre, trois accès quartes se produisirent, puis la fièvre fut arrêtée par le traitement quinique; le sang de ce malade renfermait les parasites de l'impaludisme.

GEORGES THIBIERGE.

Recherches sur le rôle de la rate dans les maladies infectieuses, par BARDACH (*Annales de l'Institut Pasteur*, *novembre* 1889).

Profitant de l'immunité ordinaire des chiens pour le charbon, Bardach a expérimenté l'effet de l'injection de virus charbonneux dans des conditions variables chez des chiens auxquels il avait préalablement extirpé la rate. Sur 25 chiens dératés, 19 ont succombé aux inoculations charbonneuses dans la circulation générale, et sur 25 chiens témoins non

dérates, 5 seulement ont succombé. Les jeunes chiens non dérates qui résistent le mieux au charbon sont ceux de grande taille, tandis que ceux de petite taille succombent sans exception. Les animaux dérates qui ont résisté à une inoculation charbonneuse sont ordinairement (5 sur 6 expériences) réfractaires aux inoculations suivantes et n'ont même pas la fièvre qui, chez les animaux non dérates, succède aux inoculations. Cela prouve que ce n'est pas la rate seule qui intervient dans la production de l'immunité, mais que d'autres organes suffisent à la créer. D'ailleurs, l'extirpation de la rate faite chez des animaux qui avaient antérieurement résisté à une inoculation charbonneuse, n'empêche pas ces animaux de résister à des inoculations ultérieures. Cependant toutes les données embryologiques, expérimentales, histologiques, anatomo-pathologiques s'accordent à affirmer le rôle phagocytaire de la rate. C'est l'organe producteur de phagocytes pour l'organisme entier, et l'agent protecteur du sang vis-à-vis de l'invasion des microbes étrangers, comme le charbon. GEORGES THIBIERGE.

Action des injections intra-veineuses d'urine sur la calorification, par Ch. BOUCHARD (*Arch. de physiologie*, *n*os 1-2, *p*. 286).

1° L'injection intra-veineuse d'eau à une température inférieure à celle du corps amène constamment, en même temps qu'un abaissement de la température, une augmentation de la calorification ;

2° Si le volume de l'injection dépasse 40 centimètres cubes par kilogramme d'animal, l'augmentation est bientôt suivie d'une diminution de la calorification, et la mort tardive de l'animal est la règle en pareil cas.

3° Les injections intra-veineuses d'urines humaines normales, mais neutralisées par quelques gouttes de solution de bicarbonate de soude, injections faites à une dose insuffisante pour produire la mort rapide, provoquent presque toujours (six fois sur huit) une diminution de la calorification;

4° Cette action des urines sur la calorification semble due à des matières dissoutes, dont le pouvoir hypothermisant compense et au delà l'augmentation de la calorification que produirait l'injection d'urine si elle n'agissait que comme liquide froid ;

5° Ces matières dissoutes hypothermisantes des urines ne sont pas de nature minérale ;

6° L'urée n'est pas la matière organique hypothermisante de l'urine;

7° Cette matière hypothermisante se fixe en partie sur le charbon, à la façon des matières colorantes et des alcaloïdes;

8° Cette matière s'altère ou disparaît par l'ébullition prolongée au contact de l'air. G. LION.

Artérites infectieuses expérimentales, par GILBERT et LION (*C. R. Soc. biologie*, 12 *octobre* 1889).

1° Un lapin, sacrifié huit jours après qu'on lui a traumatisé la portion ascendante de la crosse aortique (au moyen d'un stylet aseptique introduit dans la carotide primitive droite) et qu'on lui a consécutivement injecté dans la veine de l'oreille une culture active du bacille typhique, a

présenté vers le niveau des valvules de l'aorte trois végétations lenticulaires.

2° Sans traumatisme artériel préalable, les auteurs ont provoqué chez un lapin de l'artérite consécutive à l'inoculation du bacille qu'ils ont trouvé chez l'homme dans l'endocardite maligne. Cette artérite se rapproche de l'artérite humaine athéromateuse au triple point de vue topographique, nécropsique et histologique.

L'infection mériterait donc une place importante, en dehors du traumatisme, dans l'étiologie de l'artérite humaine athéromateuse.

PAUL LOYE.

Action du glucose sur la virulence du staphylococcus pyogenes albus, par P. FERRARO (*Rivista clinica e terapeutica*, *n°* 9, *p.* 472, 1889).

Ferraro a recherché pourquoi les diabétiques sont si souvent exposés aux suppurations. On peut faire à cet égard deux hypothèses : 1° le staphylocoque pyogène acquiert une plus grande virulence dans les tissus imprégnés de glucose ; 2° les tissus des diabétiques opposent une moindre résistance aux agents de la suppuration.

Il résulte des recherches instituées par Ferraro que le staphylocoque semé dans un milieu de culture additionné de glucose, se développe plus facilement que dans les autres milieux, mais ne se montre pas plus virulent, lorsqu'il est inoculé aux animaux ; aussi, Ferraro pense-t-il que la virulence est surtout due à la diminution de la résistance vitale offerte par les éléments cellulaires, chez les diabétiques. G. LYON.

Ein Fall von Noma (Cas de noma), par SCHIMMELBUSCH (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 26, *p.* 516, 1889).

L'auteur a entrepris l'étude histologique et bactériologique d'un cas de noma. Sur des coupes faites aux limites de l'eschare, il a vu les parties mortifiées résister à la coloration, et les parties saines, contenant des noyaux, fixer le violet de gentiane. Pas de zône intermédiaire; à peine un étroit espace avec des traces d'irritation, quelques noyaux remplacés par des amas de granulations colorables. Il y avait là une séparation brusque entre l'eschare et les parties saines, comme celle qui résulterait d'une section au couteau; pas de réaction inflammatoire des tissus environnants.

Quels étaient les agents de la gangrène? Au centre de l'eschare, une foule de micro-organismes variés : Staphylocoques, streptocoques, diplocoques et surtout des bacilles. A la périphérie, au contraire, on trouvait presque uniquement des bacilles.

Ces bacilles se montraient sous forme de bâtonnets à bouts arrondis, tantôt isolés, tantôt associés en séries, et articulés bout à bout. C'est par les voies lymphatiqnes qu'ils semblaient avoir pénétré dans les tissus sains. Ils avaient attaqué d'abord les noyaux des muscles et du tissu conjonctif, plus tard ceux des glandes salivaires.

Ces bacilles, cultivés dans la gélatine, ont fourni à la surface de la gélatine des colonies blanches, dans l'agar des cultures porcelainiques, dans le liquide de l'ascite des arborisations.

L'inoculation aux lapins n'a pas déterminé de gangrène. Les frag-

ments de tissu insérés sous la peau ont fourni des abcès, mais pas de sphacèle.

Il serait intéressant de savoir si le bacille vu par Schimmelbusch est en réalité le bacille pathogène du noma.

Le sujet était une fille de 5 ans, atteinte de gangrène de la bouche au déclin d'une fièvre typhoïde grave. La gangrène s'étendait à la face, à la totalité de la joue gauche, à la moitié du maxillaire inférieur, au pharynx, au voile du palais, à une partie du maxillaire supérieur. A l'autopsie, congestion des deux poumons, pas d'autre lésion viscérale.

L. GALLIARD.

Sur le bacille de la fièvre typhoïde, par L. OLIVIER (*C. R. Soc. Biologie*, 29 *juin* 1889).

L'eau de mare est souvent employée en Normandie à la fabrication du cidre. Quand cette eau contient des bacilles de la fièvre typhoïde, ceux-ci ne sont pas détruits par la fermentation du cidre. Cette dernière boisson est donc capable de propager la dothiénentérie. PAUL LOYE.

De l'importance de la température dans la détermination des espèces microbiennes en général, et spécialement du bacille typhique, par RODET (*C. R. Soc. Biologie*, 29 *juin* 1889).

Il est important de préciser pour chaque espèce microbienne les températures-limites auxquelles elle se cultive. On peut ainsi différencier des espèces qui ont, d'autre part, des caractères morphologiques et physiologiques communs.

Le bacille typhique a pour limite supérieure 45°. Si des eaux, dans lesquelles on suppose l'existence de ce bacille, donnent des cultures stériles à cette température, on peut croire à l'absence du bacille d'Eberth dans ces eaux. D'autre part, on constate que la plupart des bacilles vulgaires de l'eau ont pour limite supérieure 42° ; on a ainsi, dans l'utilisation des températures-limites, un moyen d'isolement précieux.

PAUL LOYE.

Sur les rapports qui peuvent exister entre le bacillus coli communis et la fièvre typhoïde, par A. RODET et G. ROUX (*Lyon méd.*, 15 *décembre* 1889).

La fièvre typhoïde peut-elle être engendrée par le bacillus coli communis ? Les auteurs se posent la question en raison des faits suivants. Dans l'eau d'un puits suspect, les recherches et les cultures n'ont pas décelé le bacille d'Eberth; en revanche, elles ont montré la présence du bacillus coli.

Chez un typhique, mort de péritonite suppurée, le pus mis en culture ne donna pas non plus le bacille d'Eberth, mais le bacillus coli.

Chez un autre malade, mort d'accidents hépatiques, avec état typhoïde, le pus hépatique donna naissance au même bacille.

Les matières fécales d'un enfant ayant contracté la fièvre typhoïde, pendant la convalescence de son père atteint de cette affection et celles du père, donnèrent également ce bacille et non celui d'Eberth.

De ces faits, on peut conclure que ce bacille est pathogène, qu'il a d'étroits rapports avec la fièvre typhoïde. Peut-être n'est-il qu'une forme

particulière du bacille d'Eberth, avec lequel il présente certains caractères de ressemblance.

Les auteurs indiquent les caractères différentiels et se proposent de poursuivre ces études préliminaires. A. CARTAZ.

Der Bacillus der Frettchenseuche (Le bacille de la maladie des furets), par C. EBERTH et C. SCHIMMELBUSCH (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol. Band CXV, Heft* 2, *p.* 282, *et Band CXVI, Heft* 2, *p.* 327).

Il s'agit d'une maladie qui atteint les furets et qui sévit d'une façon épizootique. Elle débute par une inflammation de la muqueuse nasale et de la conjonctive; puis les bêtes cessent de manger, en même temps qu'elle sont prises de diarrhée. Elles meurent dans l'espace de 3 à 8 jours.

L'autopsie montre des foyers de pneumonie dans le poumon, et la rate est hypertrophiée. Les différentes préparations du poumon, de la conjonctive, du foie, de la rate, des reins présentent de nombreux bacilles sous la forme de bâtonnets à bouts arrondis, deux fois plus longs que larges, moitié aussi longs que le diamètre des hématies du furet. Cependant on y voit également des formes arrondies, simulant des microcoques, des diplocoques ou même des streptocoques. Les coupes, pratiquées sur les organes, indiquent que les bacilles forment des amas dans les couches épithéliales, ainsi que dans le tissu conjonctif sous-jacent.

Les cultures faites sur l'agar, la gélatine, etc., furent fertiles et montrèrent les formes caractéristiques du bacille de la maladie. Ces bacilles inoculés à divers animaux donnèrent les résultats suivants : ils tuent les moineaux dans l'espace de 24 à 36 heures; ils n'ont pas une action aussi délétère sur les pigeons. Les poules sont réfractaires. L'inoculation sous-cutanée ne provoque sur le lapin et le cobaye qu'une action locale.

N'ayant qu'un seul furet à leur disposition, les expérimentateurs essayèrent de lui faire respirer de la poussière de culture de même qu'ils lui firent manger de la viande remplie de bacilles. Ces expériences furent sans influence sur la santé de l'animal ; mais une inoculation sous-cutanée de premier bouillon de culture donna la maladie caractéristique dont le furet périt au bout de 46 heures.

Comme un seul furet malade suffit pour communiquer la maladie à tous ceux qui vivent avec lui, il est probable que le bacille passe par contact direct de l'un à l'autre, par les voies nasales ou lacrymales.

ED. RETTERER.

I. — Contribution expérimentale à l'étude de quelques questions pendantes au sujet de la rage, par A. HŒGYES (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *août* 1889).

II. — Vaccination contre la rage avant et après infection, par A. HŒGYES (*Ibidem*, 25 *septembre* 1889).

III. — Contribution à l'étude de la rage, par PEUCH (*Rev. vétér. de Toulouse, août* 1889).

I. — Chez six animaux soumis seulement à des inoculations de virus rabique, il s'est produit des accès de rage suivis de guérison; chez sept

animaux vaccinés avant ou après l'infection expérimentale, la rage s'est produite après une période d'incubation plus longue que chez les animaux témoins, et elle a abouti à la guérison. Certains animaux supportent donc mieux la contagion rabique que d'autres; cela tient, d'après l'auteur, pour les animaux vaccinés, à ce que l'immunité produite par la vaccination était insuffisante pour prévenir l'apparition de symptômes rabiques et suffisante pour les empêcher d'aboutir à la mort; pour les animaux non vaccinés, il faut admettre l'intervention d'une immunité insuffisante, provenant soit de dispositions naturelles, soit de morsures antérieures ayant amené une légère vaccination préventive.

Quatre chiens d'une même portée, nés de père et de mère jouissant d'une immunité absolue, ont été infectés à l'âge de 3 mois par voie intra-oculaire : trois sont morts de rage authentique au bout de 17, 29 et 43 jours; le quatrième, atteint d'un accès de rage en même temps que le troisième, lui survécut et fut complètement réfractaire à une seconde infection intra-oculaire faite quelques mois après la première. La transmission héréditaire, partielle ou entière, de l'immunité contre la rage est donc possible, mais elle ne se fait pas toujours.

L'immunité contre la rage conférée par la vaccination préventive a une durée très longue, mais cette question nécessite de nouvelles recherches. GEORGES THIBIERGE.

II. — Hœgyes ayant obtenu comme von Fritsch des insuccès dans les vaccinations faites, avant ou après infection, au moyen de moelles desséchées et ayant obtenu avec ces moelles desséchées des résultats contradictoires, a soupçonné la dessiccation de se faire irrégulièrement dans les moelles des lapins de tailles diverses qu'il employait. Se basant sur l'idée émise par Pasteur, que la dessiccation diminue la quantité et non la virulence du virus, il essaya de faire des inoculations avec des moelles diluées en proportions variables de 10 à 10,000 dans une solution stérilisée de sel marin à 7 grammes par litre : il obtint ainsi une gradation très régulière dans les phénomènes observés et employa les dilutions comme des moelles d'âges divers et arriva, par la vaccination avant ou après infection, à des résultats absolument semblables à ceux obtenus par Pasteur, sans avoir jamais d'accidents imputables à la vaccination; ces résultats confirmatifs de ceux obtenus par Pasteur ont d'autant plus d'importance qu'ils ont été fournis par une méthode différente de la sienne. GEORGES THIBIERGE.

III. — Si l'on filtre sous pression une dilution aqueuse de bulbe de chien enragé, le liquide filtré n'a pas de virulence rabique, tandis que celui qui reste sur le filtre communique la rage. Les animaux inoculés avec le premier liquide, restent indemnes; pour savoir s'ils ont l'immunité, qui pourrait résulter d'une matière vaccinale soluble, Peuch a inoculé à quatre de ces animaux (chien et lapin) une dilution de bulbe rabique. Tous les animaux ont pris la rage.

Les matières solubles d'une émulsion de bulbe rabique n'ont donc pas de virulence; celle-ci reste fixée sur le microbe de la rage. A. C.

Nouvelle contribution à la pathologie et à l'histopathologie de la rage humaine, par C. SCHAFFER (*Annales de l'Institut Pasteur*, 25 *décembre* 1889).

L'étude clinique de la rage montre que ses symptômes se succèdent dans

l'ordre suivant : symptômes spinaux, symptômes spino-bulbaires, troubles intellectuels, paralysies, convulsions. Cette marche correspond au mode de propagation du virus rabique dans les centres nerveux.

Les lésions ont été étudiées dans six cas de rage. A l'œil nu, après durcissement, foyers de ramollissement dans la substance grise, stries de dégénération de la substance blanche des cordons postérieurs : ces lésions sont plus prononcées dans le segment lombaire ou dans le segment dorsal de la moelle suivant que la morsure a eu lieu aux membres inférieurs ou aux membres supérieurs. Au microscope, outre l'injection, les hémorragies et l'infiltration déjà signalées, l'auteur a trouvé des lésions des éléments nerveux : atrophie pigmentaire et formation de vacuoles dans les cellules des cornes antérieures, dégénérescence granuleuse du noyau, dégénérescence hyaline ou dégénérescence fibrineuse du protoplasma de quelques cellules, hypertrophie du cylindre-axe d'un certain nombre de tubes de la substance blanche avec dégénérescence de la myéline. Les mêmes lésions existaient dans le bulbe. Il s'agit en somme d'une myélite étendue à toute la moelle et au bulbe, produisant en raison de sa généralisation une excitabilité réflexe généralisée. Cette myélite suit dans sa marche le cheminement du virus le long des nerfs; aussi voit-on dans les cas de morsure au mollet se développer le tableau clinique d'une myélite ascendante. GEORGES THIBIERGE.

I. — Sui neutralizzanti del virus tetanigeno, par SORMANI (*La Riforma medica*, 29 *août* 1889).

II. — Ancora sui neutralizzanti del virus tetanigeno e sulla profilassi chirurgica del tetano, par LE MÊME (*Rendiconti del R. Instituto Lombardo*, *novembre* 1889).

III. — Sull'immunito verso il virus tetanico conferita sperimentálmente ai cani, par E. PARIETTI (*La Riforma medica*, 30 *août* 1889).

IV. — Propriétés tétanigènes du sol sous diverses latitudes, par BOSSANO *des hôpitaux*, 24 *décembre* 1889).

I. et II. — D'expériences faites en inoculant à des animaux des fils de soie imprégnés d'une culture de bacille du tétanos et trempés dans diverses solutions antiseptiqnes, Sormani conclut que les substances qui détruisent le plus énergiquement ce bacille sont l'iodoforme, l'iodol et le sublimé. Il conseille, comme moyen préventif du tétanos le lavage à grande eau des plaies, lorsqu'elles sont compliquées de présence de corps étrangers et surtout de petits fragments de bois, avec une solution de sublimé à 2 pour 1,000, d'abondantes pulvérisations d'iodoforme, le pansement à l'iodoforme, si la blessure est assez petite, et à l'iodol si elle est trop large Il conseille le pansement de la plaie ombilicale des nouveau-nés avec l'iodoforme. Il recommande d'employer le même traitement alors même que le tétanos s'est déclaré, dans l'espoir de stériliser la plaie et d'arrêter la production de la tétanotoxine.

III. — D'expériences faites dans le laboratoire de Sormani, l'auteur conclut qu'on peut, contrairement à l'opinion commune, reproduire le tétanos par inoculation chez le chien, à la condition de lui inoculer une quantité assez considérable de virus (1 1/2 à 2 cc.) Le chien étant fortement réfractaire au tétanos, celui-ci se présente généralement sous une

forme exclusivement locale; cependant, en augmentant la quantité du virus injecté, on peut obtenir un tétanos général ayant tous les caractères de l'impftetanus (tétanos d'inoculation) de Nicolaïer, observé chez les animaux doués d'une plus grande réceptivité. Les chiens qui ont survécu au tétanos local supportent impunément les injections d'une quantité beaucoup plus forte de virus tétanique.

IV. — Bossano a inoculé des animaux avec des terres provenant de différents pays depuis Anvers, Copenhague et Manchester jusqu'à Sydney, New-York et Mexico. Avec 27 échantillons sur 43, il a obtenu des résultats positifs. Ces expériences confirment les faits avancés par Nicolaïer. Les terres provenant de pays chauds ont donné des résultats analogues à ceux fournis par les terres des pays froids et tempérés; la fréquence du tétanos dans les pays chauds paraît tenir moins à une prédisposition de race ou à une influence météorologique quelconque qu'à un défaut d'hygiène et au manque de précautions dans le traitement des plaies en général. GEORGES THIBIERGE.

Ueber den Tetanuserreger (Sur le microbe tétanifère), par S. KITASATO (*XVIIIe Cong. des chir. allemands. Cent. f. Chir., n° 29, p. 2*, 1889).

Kitasato est arrivé le premier, par une série de préparations compliquées qu'il faut lire dans l'original, à obtenir des cultures pures du bacille de Nicolaïer. Après l'avoir ainsi isolé et cultivé, il a étudié ses principales propriétés biologiques. Un point important au point de vue chirurgical, c'est que ce microbe anaérobie desséché conserve sa virulence pendant plusieurs mois Les souris inoculées avec la culture pure, présentent au bout de 24 heures un tétanos légitime et succombent le 2e ou 3e jour. L'auteur a également inoculé avec succès des lapins et des cochons d'Inde. Ces derniers sont plus résistants que les souris. Au siège de l'inoculation, on trouve une légère hyperémie mais pas de suppuration. Le plus curieux, c'est qu'on ne peut trouver aucun bacille ni au lieu d'inoculation, ni dans le sang, ni dans les muscles, ni dans les nerfs, ni dans les viscères. Il est probable que le bacille est rapidement détruit dans le corps. Kitasato s'occupe pour le moment de rechercher comment il détermine la mort. PIERRE DELBET.

PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE.

De l'influence qu'exercent les substances antipyrétiques sur la teneur des muscles en glycogène, par R. LÉPINE et PORTERET (*Compt. rend. Acad. des sciences, 3 avril et 13 août* 1888).

Les substances antipyrétiques (antipyrine) mettent obstacle à la transformation en sucre du glycogène hépatique, et cette action a lieu non seulement par l'intermédiaire du système nerveux, mais aussi, en

partie, directement sur la cellule hépatique (*in vitro*). De même, en expérimentant sur des cobayes, soit avec l'antipyrine, soit avec l'acétanilide, on voit que les animaux intoxiqués ont, relativement aux animaux sains, un excès de glycogène musculaire, de 38 à 20 0/0. M. D.

Ueber den Hœmoglobingehalt d. Blutes... (Sur le contenu du sang en hémoglobine dans diverses conditions et particulièrement après l'administration des antipyrétiques), par PENZOLDT (*Münch. med. Woch.*, 20 *août* 1889).

Les recherches furent faites avec l'hémomètre de v. Fleischl par E. Tiezte.

1° L'ingestion d'aliments sans boisson fait monter le contenu en hémoglobine de 85 à 96; 2° l'ingestion de liquide (1 litre 1/2 de bière) l'abaisse rapidement de 82 à 70; 3° la perte de liquide à la suite de l'injection de 0,02 de pilocarpine, l'élève en 3/4 d'heure de 80 à 100.

Chez le nouveau-né la richesse en hémoglobine est très grande (jusqu'à 125 0/0). Sur 3 cas, 2 fois le massage fit monter la proportion d'hémoglobine.

La recherche de l'influence des antipyrétiques et surtont de l'acétanilide et de la phénacétine (étant donnée l'action de l'aniline) sur le contenu du sang en hémoglobine était intéressante.

Sous l'influence des antipyrétiques (antipyrine, acétanilide, phénacétine, thalline, quinine), la proportion d'hémoglobine subit constamment une légère diminution au moment du maximum d'action du médicament, puis elle revient à son taux antérieur qu'elle dépasse quelquefois. La numération des globules donne des résultats analogues. La conclusion qui résulte de ces recherches est que les antipyrétiques n'exercent pas d'influence fâcheuse sur le contenu du sang en hémoglobine. P. TISSIER.

Zur Lehre von den Antiseptics, par J. GEPPERT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 789, *et n°* 37, *p.* 819, 9 *et* 16 *septembre* 1889).

Les spores charbonneuses peuvent rester infectieuses, après avoir séjourné durant des heures dans une solution de sublimé au millième. La condition de réussite pour l'infection est que le sublimé ait été précipité.

Une suspension de spores additionnée de sublimé, infecte rarement les cobayes auxquels on l'injecte. Le sang contenant des spores et additionné de sublimé est très infectieux.

Les spores charbonneuses qui ont séjourné quelque temps dans le sublimé ne se développent plus sur un sol nourricier propre au développement des spores normales. Néanmoins elle conservent leurs qualités infectieuses. Le même phénomène s'observe sur les bacilles charbonneux qui ont séjourné dans le sublimé ou dans l'acide phénique.

Si l'on pratique des cultures avec des quantités égales d'un liquide désinfectant tenant en suspension des bactéries, le nombre des colonies est d'autant moindre que la durée de la désinfection a été plus longue.

Les résultats des inoculations sur cultures et sur les animaux ne concordent pas toujours. J. B.

De l'influence de la température interne sur les convulsions, par P. LANGLOIS et Ch. RICHET (*Arch. de physiol.*, *n*os 1-2, *p.* 181).

Les recherches de Langlois et Richet ont porté sur des chiens, dont la température avait été artificiellement élevée, et auxquels ils ont injecté soit de la cocaïne, soit de la cinchonine, soit du lithium. Ils ont observé que plus la température était élevée, plus la dose de poison qui suffisait à déterminer les convulsions était faible. En outre, le refroidissement faisait disparaître les convulsions, qui reparaissaient quand on faisait remonter la température.

La cocaïne ne détermine pas de convulsions chez les animaux à sang froid; mais une grenouille, plongée dans une solution de cocaïne à la température ordinaire, ne meurt qu'au bout de 24 heures, tandis qu'elle succombe en une heure si on l'a plongée dans la même solution portée à 30°.

Toutefois cette influence de la chaleur ne s'applique peut-être pas à toutes les substances toxiques. Pour la strychine et la picrotoxine, la température n'apporte à la toxicité que des modifications minimes.

Pour expliquer cette influence de la température sur les intoxications, trois hypothèses se présentent;

1° Le tissu nerveux qui produit l'attaque convulsive est rendu plus excitable par la chaleur;

2° La combinaison de la substance toxique avec le tissu nerveux est plus rapide;

3° Cette combinaison est plus complète. — Les expériences des auteurs les portent à se rattacher à cette dernière hypothèse. G. LION.

Influenza degli acidi del contenuto gastrico sulle fermentazioni dello stomaco, par G. RUMMO et A. FERRANNINI (*La Riforma medica*, 3, 5, 6, 7 *et* 8 *août* 1869).

A faibles doses, l'acide chlorhydrique atténue beaucoup, et les acides acétique, lactique et butyrique atténuent peu ou point la fermentation alcoolique; à fortes doses (3 à 5 0/0) l'acide chlorhydrique l'empêche complètement et définitivement et les autres acides l'atténuent beaucoup ou l'empêchent complètement. Ces acides agissent sur la salive et l'empêchent d'attaquer les matières amylacées, même à des doses assez faibles et avec une intensité variable suivant l'énergie de ces acides; mais leur action sur la salive diminue ou devient nulle lorsque celle-ci a déjà commencé depuis un certain temps à attaquer les matières amylacées.

L'action des acides sur la fermentation putride est à peu près la même, mais un peu plus active que leur action sur la fermentation alcoolique. La fermentation lacto-butyrique est un peu diminuée par les acides chlorhydrique et acétique à faibles doses et très diminuée par ces mêmes acides à fortes doses. En résumé, à doses égales, l'action de l'acide chlorhydrique est toujours supérieure à celle des autres acides qui peuvent exister dans l'estomac. GEORGES THIBIERGE.

I. — La proteolisi nei casi di assenza di acido cloridrico e contributo alla patogenesi di questa assenza nel carcinoma dello stomaco, par A. FERRANNINI (*La Riforma medica*, 23, 24, 26 *et* 27 *août* 1889).

II. — L'azione antifermentativa dell'acido cloridrico e del naftolo β nelle gastropatie con assenza di acido cloridrico, par A. FERRANNINI (*La Riforma medica*, 24, 25 *et* 26 *septembre* 1889).

I. — Quand l'acide chlorhydrique fait défaut dans le suc gastrique, les acides lactique et butyrique peuvent le remplacer pour produire la digestion des matières protéiques, et celle-ci se fait d'une manière appréciable quand ces acides atteignent au moins la proportion de 1 0/00 et toujours d'une manière proportionnelle à la quantité de ces acides.

L'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des sujets atteints de cancer de l'estomac n'est pas due à l'action neutralisante du suc cancéreux, des albuminoïdes ou du mucus, mais principalement à l'absence ou à l'insuffisance de cette sécrétion chlorhydrique, par suite de l'atrophie intense et étendue des glandes de la muqueuse gastrique atteintes de sclérose atrophiante. GEORGES THIBIERGE.

II. — Dans les affections stomacales avec absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, accompagnées de fermentations considérables, la principale indication thérapeutique est l'antisepsie du contenu de l'estomac. Dans ce cas, l'acide chlorhydrique administré par la voie buccale, même à doses élevées (2 à 4 grammes par vingt-quatre heures), n'a pas une action antiseptique efficace et ne se retrouve plus dans le contenu de l'estomac extrait 5 minutes après son administration, même lorsqu'on a eu soin de laver l'estomac avant de le faire prendre. Le naphtol-β, administré à la dose de 4 grammes par vingt-quatre heures et employé en lavages en solution à 4 ou 8 0/00, parvient à supprimer complètement la fermentation lacto-butyrique qui s'était déjà produite dans l'estomac. GEORGES THIBIERGE.

I. — Effets de quelques solvines, par E. KIWULL (*Arbeiten des pharmakologischen Institut zu Dorpat, tome III, et Berlin. klin. Woch., p.* 1045, 1889, *et Revue médic. Suisse romande, p.* 799).

II. — Effets de la ricine, par H. STILLMARK (*Ibidem*).

I. — Les solvines se forment, sous certaines conditions, quand on fait agir l'acide sulfurique concentré sur les éthers triacides de la glycérine, comme les huiles d'amandes, de navette et de ricin. En 1886, Müller-Jacobs, se basant sur leurs propriétés dissolvantes, en a proposé l'emploi thérapeutique, notamment comme excipients de pommades.

Mais les expériences de Kobert (*Therapeutische Monatshefte* 1887) lui ont appris que les solvines sont des corps très actifs, dont les effets se rapprochent de ceux de la saponine et exigent conséquemment de la prudence dans leur emploi. A la dilution de quinze millième, la solvine de ricin dissout les globules sanguins. Deux chiens de 17 et 22 kilogr. auxquels Kobert avait injecté graduellement 4 grammes de solvine dissoute dans 16 grammes d'eau, ont succombé à une gastro-entérite au bout de 90 et 130 heures.

Kiwull a répété les expériences de Kobert, avec des solvines parfaitement pures de l'huile de ricin, de l'huile de navette et de l'acide oléique.

Il a vérifié le fait annoncé par Kobert, que les globules sanguins de toutes les classes d'animaux sont lixiviés et en partie détruits par les

solvines; chez les chiens qui ont succombé à l'empoisonnement, la diminution du chiffre des hématies oscille entre 10 et 22 0/0.

Tandis qu'à petites doses, les solvines semblent augmenter la coagulabilité du sang, à hautes doses elles la diminuent et même la suppriment.

L'injection intraveineuse de 0,3 à 0,5 grammes de solvine par kilogramme du poids de l'animal, provoque chez les chats des convulsions; quand les animaux succombent, c'est au milieu de dyspnée et de symptômes de gastro-entérite. Chez les chiens, Kiwull n'a noté ni convulsions ni dyspnée; lorsque la mort tarde, les phénomènes les plus saillants chez les chiens sont une diarrhée profuse, des vomissements, une émaciation générale et une prostration intense. Dans l'empoisonnement mortel, l'urine renferme généralement beaucoup d'albumine et des cylindres épithéliaux.

Les solvines, même à dose mortelle, ne paraissent pas agir directement sur les vaso-moteurs ni sur leur centre. Elles laissent intacte la respiration.

Sur les muscles striés, elles produisent une altération analogue à celle de la sapotoxine. Elles détruisent les éléments constitutifs des nerfs. Sur les muqueuses, elles agissent comme des poisons du protoplasma.

En injections sous-cutanées, pratiquées avec les précautions antiseptiques, elles provoquent constamment une violente suppuration, mais sans effets généraux toxiques, ce qui semble démontrer qu'elles sont peu ou point absorbées par le tissu conjonctif sous-cutané.

Enfin, les solvines sont complètement incapables de pénétrer à travers la peau intacte du corps vivant, tandis qu'elles passent à travers des fragments de peau détachés du corps.

II. — Stillmark a extrait des semences de ricin une substance extrêmement toxique, se distinguant aussi bien de la ricinine de Tuson et de Petit que de la ricinone de Bubnow et Dixson; il l'a baptisée *ricine*. La ricine forme de 2,8 à 3 0/0 des graines de ricin; elle paraît être une de ces substances albuminoïdes que Sydney Martin a appelées phytalbumoses et qui appartiennent au groupe des ferments amorphes.

Quelle qu'ait été sa voie d'introduction dans l'organisme, la ricine provoque une violente inflammation ulcéreuse du tube digestif, s'accompagnant de vomissements et de diarrhée; plus tard, apparaissent des troubles du système nerveux central avec de la somnolence et des convulsions; parfois aussi quelques phénomènes du côté d'autres organes.

Stillmark explique tous ces effets du poison par la propriété qu'il possède, déjà à petites doses, de coaguler les différents éléments constituants du sang.

Stillmark a isolé des phytalbumoses analogues, sinon même identiques, à la ricine de l'espèce commune, des autres espèces de ricin, ainsi que des graines du croton et du jatropha curcas.

L'injection intraveineuse de 0,2 milligrammes de ricine par kilogramme du poids de l'animal, tue en vingt-quatre heures un chien de 19 kilogrammes; l'ingestion de 10 milligrammes par kilogramme provoque chez les chats des accidents mortels.

Stillmark conclut de ces expériences que dans les pays, tels que la

Russie et l'Italie, où l'on fabrique en grand l'huile de ricin, il y a lieu d'exercer une stricte surveillance sur les résidus de l'expression, qui contiennent des proportions considérables de ricine. Comme la ricine est détruite par ébullition dans l'eau, il suffirait de traiter de cette façon les tourteaux avant leurs emplois ultérieurs. J. B.

Ueber Pyrodin (Hydracétine), par RENVERS, A. FRAENKEL, P. GUTTMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 986, 11 *novembre* 1889).

L'hydracétine a été introduite dans la thérapeutique, il y a un an, par Dreschfeld (*R. S. M.*, XXXIII, 484). Bientôt après, Liebreich d'abord, puis Werner, Oestreicher et P. Guttmann (*R. S. M.*, XXXV, 101) ont signalé ses effets toxiques.

C'est une poudre cristalline, blanche, insipide et inodore, moins soluble dans l'eau que dans l'alcool; les malades la prennent sans répugnance. A la dose de 10 centigrammes, elle développe très rapidement son action. Au bout de cinq minutes déjà, la sueur apparaît sur le front, puis se généralise. Après un quart d'heure, la température commence à baisser et atteint son minimum en deux heures. Chez les malades ayant une fièvre consi lérable, l'abaissement thermométrique peut être de 5°. Chez les gens bien portants, il y a également une forte sudation, mais la température ne baisse que de quelques dixièmes. Qu'il s'agisse de maladies infectieuses ou de tuberculose, l'action antithermique de l'hydracétine est toujours rapide et certaine. Dans quelques cas, par exemple dans la fièvre typhoïde, la chute de la température s'est maintenue deux jours. La fréquence du pouls diminue conjointement, tandis que sa tension s'élève légèrement. L'urine est abondante; l'ingestion de 20 centigrammes du médicament la rend rouge vineux. L'urine ne renferme pas de sang, mais une grande quantité d'urobiline, et passagèrement des traces d'albumine.

Les résultats ci-dessus paraissent favorables à l'emploi de cette substance. Mais dès qu'on a répété quelquefois la dose de 1 décigramme, on remarque que l'abaissement de la température est dû à une altération grave du sang qui se traduit par une anémie croissante, par de l'abattement, du tremblement des muscles et de l'urobilinurie. Au bout de peu de jours de cette médication, surviennent constamment de la pâleur et un peu de cyanose de la face, qui augmente encore les huit jours suivants, malgré la suppression du médicament. Chez quelques malades, s'est produit un ictère intense avec prostration inquiétante.

L'examen microscopique du sang révèle une rapide diminution des hématies dont la forme et les dimensions sont également altérées. Chez une jeune fille de 18 ans, atteinte de rhumatisme articulaire, l'administration de 30 centigrammes en trois jours a fait tomber le chiffre des globules rouges de 4 millions à 2,800,000 par millimètre cube, en même temps que la teneur en hémoglobine s'abaissait de 95° à 35°. Il fallut un traitement de quatre semaines pour faire disparaître l'anémie et ramener à 3,900,000 le nombre des hématies.

En résumé, si l'on considère que, tout en étant un poison violent du sang, l'hy tracétine ne possède aucune propriété spécifique et que, comme antinévralgique, elle est inférieure à d'autres substances, on est en droit de conseiller de la rayer de l'arsenal thérapeutique.

Dans la discussion, A. Fraenkel mentionne que 1 ou 2 centigrammes de cette substance tuent les lapins; leur sang est transformé en une masse brune, onctueuse. Il est probable que l'hydracétine n'agit pas sur les centres calorifiques, mais qu'elle abaisse la température en rendant les hématies impropres à la respiration. Des expériences analogues ont été faites avec d'autres substances de la série de l'aniline, telles que l'antifébrine. Toutes les substances qui décomposent l'hémoglobine doivent être bannies de la thérapeutique.

P. Guttmann est d'accord avec Renvers et Fraenkel sur les propriétés toxiques de l'hydracétine et croit aussi que ses effets antithermiques s'expliquent par la destruction des globules rouges. L'emploi continu de ce médicament entraîne de l'anémie et de l'ictère; l'urine, qui est foncée, ne contient pas de sang. Son emploi externe, dans le psoriasis, amène les mêmes accidents.

Renvers déclare que, dans ses expériences sur les animaux, il a constaté au spectroscope la présence de methémoglobine dans le sang. J. B.

Sur la pyrodine (monoacétylphénylhydrazine), par SCHMITT (*Revue méd. de l'Est*, *n°* 20, *p.* 609, 1889).

Ce n'est pas un produit constant, et telle qu'elle est livrée actuellement, elle ne doit pas être donnée à plus de 20 centigrammes par jour, et pendant trois jours au plus. Sa toxicité est très grande; ses effets thérapeutiques (antithermie, analgésie) sont variables et peu accusés. Ce médicament paraît donc n'avoir aucun avenir. LEFLAIVE.

Sugli effetti antitermici della pirodina, par V. MARTINI et E. BAGINI (*La Riforma medica*, 5 *et* 6 *septembre* 1889).

La pyrodine a une action antithermique rapide et intense, mais n'a aucun effet sur la durée de la maladie elle-même. Son administration s'accompagne de rougeur de la face et de sueurs locales ou générales plus ou moins abondantes; elle est suivie d'ictère hématique et d'anémie dus à une destruction globulaire intense, qui empêchent de recommander son emploi, d'autant plus que les diverses pyrodines du commerce sont d'une pureté très inégale. GEORGES THIBIERGE.

De la pyrodine, par LEMOINE (*Gaz. méd. de Paris*, 15 *juin* 1889).

La pyrodine, mieux dénommée acétyl-phényl-hydrazine, est une poudre blanche, pailletée, peu soluble dans l'eau et légèrement amère. Se rapprochant beaucoup, au point de vue physiologique, de l'antipyrine et de l'antifébrine, elle agit avec énergie sur le sang, dont elle est un poison violent, et elle doit être regardée, chez l'homme malade, comme un antithermique et comme un nervin.

Administrée pure en cachets, elle doit être donnée à la dose de 0,05 centigrammes par jour; jamais il ne faut dépasser 10 centigrammes, car elle amène des phénomènes d'intoxication : au contraire, à dose médicamenteuse, elle est très bien supportée. Lemoine l'a expérimentée dans la tuberculose, et il a constaté que non seulement elle possédait une propriété antithermique puissante, mais encore qu'elle avait une action sédative marquée sur les symptômes douloureux. Elle se distingue des

autres antithermiques par la sûreté et la lenteur de son action et par la persistance des résultats obtenus.

Relativement à son action nervine, elle s'exerce encore dans les cas de migraine et de névralgies périodiques. OZENNE.

De l'antipyrine, de la thalline, de l'antifébrine et de la phénacétine au point de vue hémostatique, par MONCORVO (*Broch. Paris*, 1889).

Moncorvo a pu, dans plusieurs cas d'hémorragies sérieuses, arrêter l'écoulement du sang par l'application d'antipyrine en poudre ou de thalline. Des expériences comparatives sur des lapins, cobayes, ont montré que les deux agents avaient une action supérieure au perchlorure de fer et à l'ergotine.

La phénacétine et l'antifébrine n'ont, par contre, aucun pouvoir hémostatique.

Cette action hémostatique semble pouvoir être expliquée par l'action constrictive qu'elles exercent sur les vaisseaux aussi bien que par la coagulation du sang qu'elles semblent activer sur place. A. CARTAZ.

Untersuchungen ueber die pupillenerweiternde Wirkung des Ephedrins (Recherches sur l'action mydriatique de l'éphédrine), par Djuntaro TAKAHASHI u. Kinnosuke MIURA (*Mitt. d. med. Facult. d. Univ. Tokio, n°* 3, 1889).

L'Éphedra vulgaris est depuis longtemps employée au Japon comme sudorifique; elle renferme un alcaloïde, l'éphédrine qui forme facilement des sels solubles, en particulier un chlorhydrate soluble dans l'eau et l'alcool. Quand on injecte 1 gramme de ce sel sous la peau à un lapin on produit un haut degré de mydriase. On produit de la dilatation unilatérale de la pupille par injection dans un sac lacrymal. Des instillations répétées provoquent une mydriase qui ne cède pas sous l'influence de la lumière. A. MATHIEU.

Action anesthésiante locale de l'ouabaïne et de la strophantine, par E. GLEY (*C. R. Soc. Biologie*, 9 *novembre* 1889).

L'ouabaïne et la strophantine, principes immédiats découverts par Arnaud, sont de remarquables anesthésiques locaux. Il suffit de quatre gouttes d'une solution à 1/1000 de l'une ou l'autre de ces substances, simplement instillées dans l'œil, chez le lapin, pour produire, au bout de cinq minutes, une diminution très marquée de la sensibilité cornéenne. Après trois ou quatre autres minutes, l'anesthésie est à peu près complète; on peut toucher et piquer la cornée sans déterminer de réflexe.

Cette anesthésie peut durer plusieurs heures sans provoquer la moindre inflammation. L'action anesthésiante de ces deux substances est beaucoup plus puissante que celle de la cocaïne; elle s'accompagne d'un myosis très marqué. PAUL LOYE.

Ueber die Wirkung des Kalomel bei gleichzeitiger Anwendung einiger substituirender Iodpräparate, par M. COHN (*Inaug. Diss., Berlin* 1888).

On sait depuis longtemps que les insufflations de calomel sur la conjonctive déterminent une vive inflammation chez les sujets soumis en même temps à l'usage interne d'une préparation iodée. Ce phénomène

est dû à l'élimination de l'iode en nature par la sécrétion lacrymale. — Sur le conseil de Liebreich, l'auteur a expérimenté à ce point de vue une série de corps dérivés de l'iode. Avec l'iodoforme, l'iodol et l'iodure d'éthyle, administrés à des chiens (les deux premiers par ingestion, le dernier par inhalation), le calomel insufflé dans l'œil a produit chaque fois une conjonctivite intense, et l'analyse de la sécrétion lacrymale y a révélé la présence de l'iode. En revanche, trois autres corps, l'iodaseptol, le sozoiodolsodium et l'iodothymolsulfate de soude, dans les mêmes conditions d'expérience n'ont déterminé aucune réaction, et il a été impossible de trouver l'iode dans les larmes des animaux. C. en conclut que ces dernières substances doivent être préférées à l'iodoforme pour l'usage chirurgical, comme étant incapables de produire une intoxication iodique. H. BARTH.

Expériences sur les alcaloïdes de la noix d'arec, par MARMÉ (*Nachrichten der kœnigl. Gesellchaft der Wissenschaften zu Göttingen* 1889, *n°* 7, *et Berlin. klin. Woch.*, *p.* 1045, 1889).

E. Janhs (*Berichte der deutschen chemischen Gesellschaft,* 1888) a isolé deux alcaloïdes de la noix d'arec. Il a nommé l'un l'*arécaïne ;* il forme 0,1 p. 100 de la graine et se présente en cristaux incolores, facilement solubles dans l'eau et l'alcool étendu. Il a donné à l'autre le nom d'*arécoline*, à cause de sa consistance oléagineuse; il forme de 0,07 à 0,1 p. 100 de la noix ; sa composition élémentaire le rapproche de la pelletiérine, dont il ne se distingue que par la présence d'un atome d'oxygène en plus ; il est soluble et fluide comme la pelletiérine ; sa réaction est alcaline ; il est soluble dans l'eau, l'alcool et le chloroforme et forme des sels en partie déliquescents.

Les expériences de Marmé montrent que le premier de ces alcaloïdes, l'arécaïne, est inerte.

Au contraire, le bromhydrate et le chlorhydrate d'arécoline ont une action sur le système nerveux central et sur les muscles, très analogue à celle de la pelletiérine, tandis que sur le pneumogastrique cardiaque, sur l'iris, sur la respiration, sur les mouvements de l'intestin et sur les divers organes sécrétoires, ils agissent à la façon de la muscarine.

L'arécoline à la dose de 50 milligrammes tue des chiens. Si les accidents d'intoxication ne sont pourtant pas fréquents chez les Hindous, masticateurs du bétel, cela tient à ce qu'ils ne mâchent, telles quelles, que les noix vertes pauvres en arécoline, tandis qu'avant de se servir des noix plus vieilles, ils les traitent par l'eau chaude, qui enlève une portion considérable de leurs alcaloïdes.

De plus, Marmé a observé que les animaux finissent par présenter une certaine accoutumance aux petites doses.

Marmé conclut qu'on pourrait utiliser en thérapeutique les effets de l'arécoline sur les mouvements de l'intestin, les entozoaires, les sécrétions salivaire et bronchique, les nerfs vague e moteur oculaire commun. J. B.

Contribution à l'étude de la liqueur d'absinthe, par CADÉAC et Albin MEUNIER (*Revue d'hyg. et police sanit.*, *XI*, 1060, *décembre* 1889).

Dans ce nouveau travail, Cadéac et Meunier maintiennent leurs asser-

tions antérieures sur la toxicité complexe de la liqueur d'absinthe (*R. S. M.*, XXXIV, 495 et 496; XXXV, 82), et ils s'appuient à cet effet sur de nouvelles expériences confirmatives des précédentes. Ce qui les sépare de Laborde, c'est que tout en reconnaissant pleinement avec lui que l'essence d'absinthe est un convulsivant, ils soutiennent que cette essence n'entre dans la liqueur qui porte son nom, qu'à dose homéopathique; que l'épilepsie chez les buveurs d'absinthe est une exception en regard des autres troubles cérébraux pour lesquels on ne saurait incriminer l'essence d'absinthe; qu'enfin nier les propriétés convulsivantes de l'hysope est une erreur, ainsi qu'en témoigne une observation sur l'homme, rapportée par les auteurs, (*R. S. M.*, I, 817; XVII, 231; XVIII, 218; XXI, 496 et 653; XXIV, 268; XXVI, 497). J. B.

Nota riassuntiva sull' uso della saccarina nell' alimentazione, par D. TORSELLINI (*La Riforma medica*, 1, 2, 3 *et* 4 *octobre* 1889).

La saccharine ne retarde pas l'action du ferment salivaire et on ne lui a attribué cet effet que parce qu'on n'a pas tenu compte de l'influence qu'exerce la saccharine sur les réactifs chimiques du glucose. Des doses exagérées de saccharine peuvent troubler les fonctions digestives de l'estomac, en raison de l'acidité de la saccharine; mais cet effet n'est pas à redouter, quand on ne dépasse pas les doses très minimes qui suffisent à édulcorer les aliments, et si on le redoutait il suffirait de la neutraliser avec une substance alcaline. Il en est de même pour l'action que la saccharine pourrait avoir sur les fonctions de l'intestin, en opposant son acidité à l'alcalinité de la bile.

L'action antifermentescible et antiputride de la saccharine est due à son acidité et cesse quand on l'alcalinise.

Les effets de la saccharine sur les fonctions digestives, quand on l'emploie à titre et à dose de condiment, ne sont pas à redouter, de sorte qu'on peut en permettre l'usage, quoiqu'elle n'ait aucune valeur alimentaire. GEORGES THIBIERGE.

Zur Kenntniss der Nebenwirkungen der Salicylsäure (L'acide salicylique cause d'hémorragies), par PULLMANN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 26, *p.* 604; 1er *juillet* 1889).

1er cas. Au cours d'une épidémie d'oreillons assez bénigne pour qu'aucun malade ne réclamât les soins du medecin, le Dr Pullmann lui-même contracta une forme grave de cette affection avec orchite. Le confrère qui le traitait lui prescrivit, comme antipyrétique, une dose de 5 grammes de salicylate de soude. Pullmann fut pris de vomissements, de diarrhée, de collapsus intense et d'une épistaxis assez sérieuse pour réclamer le tamponnement des fosses nasales.

2e cas. A un jeune homme de 22 ans, atteint de rhumatisme articulaire, Pullmann fit prendre de l'acide salicylique aux doses habituelles. Chaque fois que le malade ingéra ce médicament, il présenta des selles sanglantes. J. B.

Mémoire sur la rage tanacétique, par PEYRAUD. — Rapport par TRASBOT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 28 *mai* 1889).

D'après Peyraud, l'essence de tanaisie constituerait un véritable vaccin chimique de la rage, et le chloral un médicament capable de combattre

l'effet du poison. Pour contrôler ces assertions, Trasbot a fait quelques expériences, et il en conclut que : L'essence de tanaisie, injectée dans les veines produit chez le lapin une intoxication dont les symptômes se rapprochent de ceux de la rage. La solution de chloral à 10 0/0, mélangée au virus rabique avant inoculation paraît en détruire les propriété virulentes. L'essence de tanaisie injectée autour du point où une inoculation rabique a été pratiquée, semble avoir empêché le développement de la rage chez quelques animaux. Mais les résultats sont encore trop insuffisants pour qu'on se prononce définitivement. OZENNE.

De l'acide crésylique et de ses propriétés antiseptiques, par H. DELPLANQUE (*Thèse de Paris*, 1888).

Le crésylol est un corps qui jouit de puissantes propriétés antiseptiques (expériences sur les fermentations, cultures, etc.). Son pouvoir antiseptique est plus considérable que celui du phénol.

Les expériences sur les animaux ont prouvé que le crésylol est peu toxique; on peut dire d'une manière générale qu'il l'est quatre fois moins que le phénol. CH.

Ueber die relative Giftigkeit der Oxal-Malon-Bernstein und Brenzweinsäure, sowie ihrer Natriumsalze (Toxicité relative des acides oxalique, malonique, succinique et pyrotartrique et de leurs sels de sodium), par J.-F. HEYMANS (*Archiv. für Physiologie, p.* 168, 1889).

La toxicité des acides homologues oxalique, malonique, succinique et pyrotartrique n'est en relation directe ni avec le poids moléculaire de ces acides, ni avec le nombre de molécules contenu dans la dose toxique, mais décroit dans une proportion qui rappelle la décroissance du degré d'acidité, comme le montre le tableau suivant.

	ACIDE OXALIQUE	ACIDE MALONIQUE	ACIDE SUCCINIQUE	ACIDE PYROTARTRIQUE
Formule rationnelle.....	CO_2H | CO_2H	CO_2H | CH_2 | CO_2H	CO_2H | $(CH_2)_2$ | CO_2H	CO_2H | $(CH_2)_3$ | CO_2H
Rapport des poids moléculaires	100	115.5	136	147.4
Dose toxique (pour une grenouille de 25 gr.).....	1 ctg.	2-2.5 ctg.	4.5-5 ctg.	6-65 ctg.

L'oxalate de sodium est à peu près aussi toxique que l'acide oxalique (dose toxique : 1,25 — 1,50 ctg. représentant environ 1 centigramme d'acide libre), tandis que les sels de sodium des trois autres acides n'agissent plus comme poison. LÉON FREDERICQ.

Les poissons venimeux, par Louis-Alphonse BOTTARD (*Thèse de Paris.* 1889).

Importante monographie qu'il est impossible de résumer. Certains

poissons possèdent un appareil à venin ; ils appartiennent à des espèces de faible taille et ont tous une chair savoureuse.

Le plus grand nombre des poissons venimeux se rencontre parmi les poissons osseux, à peau nue et principalement dans l'ordre des acanthoptérygiens. Les plus nombreux et ceux dont l'appareil à venin est le plus développé, habitent les mers tropicales. Chez les synancées et les plotoses, cet appareil est complètement clos; chez les autres, il est en communication plus ou moins parfaite et directe avec le milieu extérieur. Son siège est variable. Il occupe les nageoires dorsales chez les synancées , les ptéroïs, les pélors et les perches; les nageoires pectorales et la première dorsale, chez les plotoses ; les nageoires dorsale et anale, chez les scorpènes ou rascasses et les aphacanthes; les épines operculaires et préoperculaires, chez les cottes et les callionymes; l'épine coracoïdienne, chez les uranoscopes. Les vives et les thalassophrynés ont un double appareil à venin siégeant, l'un dans l'épine operculaire (c'est le plus important), l'autre dans la première nageoire dorsale. Enfin chez les murènes, l'appareil se trouve au niveau des dents palatines, et nouveau point de ressemblance avec les serpents, le venin secrété a des propriétés digestives énergiques.

Tous les venins de poissons, étudiés par Bottard, paraissent avoir une action à peu près identique et variable seulement d'intensité, selon la quantité du venin introduite dans l'organisme. C'est le venin de la synancée qui détermine les accidents les plus graves; à la Réunion, Bottard a eu connaissance de 7 cas mortels. Vient ensuite celui des vives et, encore moins actifs, ceux des autres poissons. Le venin des synancées et des vives mortifie les tissus vivants qu'il touche. En somme, le venin des poissons produit la paralysie, d'abord de la motilité, puis de la sensibilité; il paraît aussi avoir une action sur le cœur qui s'arrête en diastole. Certaines espèces n'ont de venin qu'au moment du frai : cottes et callionymes, par exemple; cette circonstance explique les divergences d'opinions relatives au caractère dangereux ou non de ces poissons.

Au point de vue du traitement, Bottard recommande tous les agents capables de coaguler le venin dans la plaie et d'empêcher ainsi son absorption : alcool rectifié, acides énergiques, alcalis caustiques.

Il signale comme spécifiques, l'abrus precatorius contre les effets du venin de la synancée et l'essence de térébenthine contre ceux de la vive.

J. B.

Die tödtliche Nachwirkung des Chloroforms (Sur l'action consécutive et mortelle du chloroforme), par R. OSTERTAG (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVIII*, *Heft* 2).

Des expériences nombreuses faites par Ostertag ont montré que les diverses espèces animales sont d'une sensibilité très variable à l'influence du chloroforme. Le lapin peut être chloroformisé sans danger pendant 13 heures ; les cobayes succombent rapidement ; sur 10 rats, 1 seul périt à la suite de la narcose déterminée par le chloroforme ; sur 4 pigeons, un seul en mourut ; sur 7 chats, 4 succombèrent ; sur 8 chiens, 5 trouvèrent la mort après l'inhalation du chloroforme. En faisant respirer le chloroforme aux animaux pendant plusieurs jours de

suite, chaque fois de 1 à 3 heures, les animaux succombent à des moments variés.

Quant aux effets produits par cette substance introduite de cette façon dans l'organisme, voici les résultats principaux de Ostertag.

Après des inhalations prolongées de choloroforme, les organes s'infiltrent de graisse ; signalons surtout le foie, les reins, l'estomac et la transformation graisseuse du muscle cardiaque et des muscles de la locomotion.

Cette métamorphose graisseuse est la conséquence de l'action du chloroforme sur le sang et sur les cellules des tissus. Insistons sur la destruction des globules rouges sous l'influence du chloroforme.

Certains individus sont tellement sensibles aux inhalations du chloroforme, qu'ils succombent rapidement.

L'action mortelle du chloroforme se produit par une paralysie du cœur qui est déterminée par une lésion, peu caractérisée au point de vue anatomique, du myocarde et par une accumulation graduelle d'acide carbonique dans le sang. ED. RETTERER.

Intoxication durch Sulfonal, par O. ULLMANN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 20, *p.* 632, 15 *octobre* 1889).

Ullmann rapporte trois cas d'accidents dus au sulfonal pris à la dose de 4 ou 5 grammes.

La 1re observation concerne un morphino-cocaïnomane, la 2e un morphinomane.

Chez les trois malades, les accidents d'intoxication ont consisté en des troubles de la motilité de la langue et des membres inférieurs : hésitation et embarras de la parole; trébuchements et vacillements dans la marche.

En revanche, Ullmann n'a jamais vu d'accidents quand on ne dépassait pas la dose de 3 grammes de sulfonal. J. B.

I. — Empoisonnement par l'acide chlorhydrique (Notes anatomo-pathologiques et expérimentales), par LETULLE et VAQUEZ (*Arch. de Physiol.*, *n.* 1-2, *p.* 101, 1889).

II. — De l'élimination de l'acide chlorhydrique dans un cas d'empoisonnement par cet acide, par BOURGET (*Revue médic. Suisse romande*, *IX*, 210, *avril* 1889).

I. — Letulle et Vaquez ont observé un cas d'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, suivi de mort. S'appuyant sur les résultats de l'autopsie, joints à ceux que leur a fournis l'expérimentation sur des chiens, ils formulent les propositions suivantes :

1° L'empoisonnement par l'acide chlorhydrique détermine une gastrite suraiguë, avec prolifération embryonnaire et nécrobioses cellulaires étendues;

2° L'expérience et la clinique démontrent la fréquence et le danger de la pénétration du liquide caustique dans les voies aériennes, pendant les efforts de régurgitation ou de vomissement qui suivent l'ingestion du poison ;

3° Les vomissements doivent être surveillés à cet égard, car ils seraient avantageusement remplacés, au point de vue thérapeutique, par le lavage rapide de l'estomac à l'aide des solutions appropriées. G. LION.

II. — Homme de 28 ans, ayant tenté de s'empoisonner, en avalant environ 100cc. d'acide chlorhydrique du commerce. Douleur atroce le long de l'œsophage et à l'épigastre; anxiété, sueurs froides, refroidissement des extrémités ; vomissements continuels de mucus et de matières sanguinolentes. Impossibilité d'introduire la sonde stomacale. Le lendemain matin, une selle blanche albumineuse. Dès le 3e jour, commence la période d'inflammation réactive autour des escarres, il y a alors une forte salivation et des vomissements muqueux continuels. Lavements de peptones. Le 16e jour, toux sèche, opiniâtre, qui persiste jusqu'à la fin; douleur rétrosternale toujours très forte. Le 32e jour, on constate deux rétrécissements en voie de formation le long de l'œsophage. En même temps, apparaissent des symptômes de rétrécissement du pylore. Le malade diminue rapidement de poids, malgré les lavements alimentaires. Mort dans le marasme le 94e jour. Autopsie : ulcérations de la muqueuse œsophagienne ; rétrécissements du cardia et du pylore ; intégrité de la muqueuse stomacale et des *reins*, etc.

L'état des urines a fait l'objet d'études particulières qui ont conduit Bourget aux conclusions suivantes :

1° Dans l'empoisonnement par l'acide chlorhydrique, ce dernier n'est pas éliminé par les reins et on ne retrouve pas d'acide chlorhydrique libre dans l'urine ;

2° Les chlorures sont diminués dans l'urine et augmentés dans le mucus. Les phosphates de l'urine ont considérablement augmenté, ce qui explique la forte acidité de ce liquide ;

3° Les reins n'ont subi aucune altération après des doses de 100 et même 200cc. (Observation Letulle) d'acide chlorhydrique concentré; on peut donc, *a fortiori*, admettre que l'acide chlorhydrique donné à dose médicinale est incapable de provoquer des désordres du côté de ces organes. (*R. S. M.*, XXIV, 454.) J. B.

Influenza della temperatura sulla soluzioni del sublimato, par S. ALA (*Bullet. della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma, octobre* 1889).

D'expériences faites avec divers liquides organiques et avec des cultures de microbes, Ala conclut que les solutions de sublimé et peut-être d'autres antiseptiques non volatiles chauffées à plus de 40°, acquièrent un pouvoir antiseptique plus fort. Les solutions de sublimé à 1 pour 20,000 chauffées au-dessus de 40°, peuvent servir à l'antisepsie des plaies pénétrantes de la poitrine ou de l'abdomen, car elles l'assurent aussi complètement que les solutions à 2 pour 1,000 employées froides. En outre, les solutions chaudes pénètrent plus facilement les tissus, n'ont pas d'effet caustique et facilitent la cicatrisation des plaies. Les solutions ordinaires de sublimé à 1 et à 2 pour 1,000, additionnées de 10 à 20 fois leur volume d'eau chaude peuvent donc produire une antisepsie parfaite tout en favorisant la cicatrisation des plaies. GEORGES THIBIERGE.

Sulla questione della possibilità di avvelenamenti insidiosi per acetato di piombo, par G. MASSAZZA (*La Riforma medica*, 25, 26 *et* 28 *octobre* 1889).

Des doses uniques de 5, 6, 10, 20 grammes ne suffisent pas à tuer un chien, parce que l'animal en vomit rapidement la plus grande partie. Des doses totales moins fortes peuvent tuer un chien à la condition d'être administrées en plusieurs fois, cependant il peut être nécessaire d'arriver à une dose totale de 30 grammes. Les empoisonnements acci-

dentels se produisent donc encore plus difficilement avec l'acétate de plomb qu'avec le sulfate de cuivre. Le liseré gingival se produit très rapidement, même après l'administration d'une seule dose de sel de plomb; mais un symptôme beaucoup plus constant et plus précoce de cet empoisonnement est l'ictère, qui est un ictère vrai avec présence de pigments biliaires dans l'urine. GEORGES THIBIERGE.

I. — Recherches expérimentales sur l'intoxication saturnine, par J.-L. PREVOST et Paul BINET (*Revue médic. Suisse romande, IX*, 603 *et* 669, *octobre et novembre* 1889).

II. — A supplementary inquiry into the frequency with which lead is found in the urine, par James PUTNAM (*New York med. record, p.* 355, 28 *septembre* 1889).

III. — Lead poisoning, par KINNICUTT (*New York med. record, p.* 414 13 *avril* 1889).

I. — Prévost et Binet résument ainsi leur mémoire :

L'insertion sous-cutanée ou intra-péritonéale de fragments métalliques n'a pas provoqué de phénomènes toxiques.

L'injection intra-veineuse de sels de plomb peptonisés a entraîné le plus souvent une mort rapide. Les injections sous-cutanées ont fréquemment produit des abcès. Les injections stomacales et surtout le mélange quotidien de céruse aux aliments et aux boissons ont permis de réaliser des intoxications de longue durée, jusqu'à plusieurs mois et même plus d'une année. Les animaux traités par cette dernière méthode, qui a été suivie dans la plupart des expériences, ont présenté les phénomènes suivants :

A. *Au point de vue symptomatique :* Un amaigrissement progressif qui a presque toujours atteint au moment de la mort le 1/3 du poids primitif; une anémie par diminution et altération des hématies, sans leucocytose; une albuminurie qui n'a été ni constante, ni abondante; des phénomènes nerveux : paralysies, aphonie, perte des réflexes, anesthésies. Les convulsions ont été très rares et d'origine douteuse. Les paralysies peuvent guérir si le traitement est suspendu.

B. *Au point de vue anatomique :* Altération constante des reins qui deviennent grisâtres, contractés, souvent kystiques. Au microscope : néphrite et granulations calcaires spéciales, selon le type décrit par Charcot et Gombault (*R. S. M.*, XVII, 531); dégénérescence graisseuse fréquente du foie; assez souvent péricardite et parfois dégénérescence granulo-graisseuse de myocarde; lésions des nerfs périphériques, selon le type segmentaire, périaxile, décrit par Gombault (*R. S. M.*, XX, 57). Comme l'ont déjà signalé M. (*R. S. M.*, XIV, 85) et Mme Déjerine (*R. S. M.*, XXXIV, 527), les racines médullaires sont rarement atteintes. La régénération des nerfs malades a été souvent constatée d'une façon parallèle à la guérison de la paralysie pendant la vie.

C. *Au point de vue chimique :* C'est surtout dans les reins que le plomb s'accumule. La quantité est d'autant plus forte que l'intoxication a été plus prolongée. On en trouve encore longtemps plusieurs mois après que celle-ci a été suspendue.

Dans les os, le plomb est également abondant; il paraît se fixer dans

la charpente minérale à l'état de phosphate. Le rapport des éléments minéraux aux matières organiques dans les os n'est pas modifié d'une manière sensible sous l'influence de l'intoxication saturnine chronique.

Le foie contient généralement peu de plomb, dans l'intoxication lente et chronique. La quantité peut être assez forte tout de suite après l'ingestion d'une dose élevée, mais elle diminue ensuite rapidement. Le plomb ne s'accumule pas dans le foie comme dans les reins. Dans les muscles, la rate, les centres nerveux, les yeux, les poumons, le cœur, le pancréas, les organes génitaux et le sang, le plomb ne se trouve qu'en faible quantité ou manque même.

Des embryons et des nouveau-nés mis bas pendant l'intoxication chronique, n'ont présenté qu'une fois des traces de plomb. Un kyste de l'ovaire, développé chez une ratte, renfermait une assez grande quantité de plomb.

L'urine élimine généralement peu de plomb; la quantité augmente quand l'urine est albumineuse. L'élimination du plomb par la bile est plus importante. L'élimination par la salive est très faible ou nulle. Deux animaux, après une intoxication saturnine prolongée, ont été soumis à l'iodure de potassium. Malgré ce traitement, les reins présentèrent à l'autopsie une grande quantité de plomb. Même résultat avec les sels ammoniacaux. (*R. S. M.*, III, 596; VI, 230; X, 94; XIII, 494; XVI, 99; XVII, 493.) J. B.

II. — Il faut élargir la conception clinique que nous avons aujourd'hui de l'intoxication saturnine. On trouve du plomb dans les urines de bien des individus réputés sains. Les recherches ont porté sur 68 individus en bonne santé (étudiants en médecine), 17 0/0 avaient du plomb dans leurs urines. Sur 125 malades divers, y compris peut-être quelques saturnins, on a trouvé du plomb dans 50 0/0 des cas. Trente-six de ces derniers avaient des signes d'affection médullaire ou de névrites périphériques. P. DUFLOCQ.

III. — 1° Homme atteint de colique de plomb. Il est fleuriste et a l'habitude de mordre les extrémités de la feuille d'étain qui entoure les bouquets. Or cet étain contient 8 0/0 de plomb;

2° Homme atteint de colique et présentant le liseré caractéristique. Depuis plusieurs semaines, il boit de la bière contenue dans des bouteilles que son domestique avait lavées au préalable avec du plomb de chasse.

Weir rappelle de nombreux cas qu'il a observés dus à l'usage de tabac à chiquer enveloppé dans des feuilles d'étain.

Peabody cite un cas d'empoisonnement dû à l'usage continu d'acétate de plomb qui avait été prescrit contre une épistaxis.

Smith raconte un cas dû à l'emploi pendant quelques jours d'une solution de Goulard diluée au quart. Il supprime les lavages; l'empoisonnement cesse.

DUFLOCQ.

Ueber Nachkrankheiten der Kohlenoxydgasvergiftung... (Des suites de l'intoxication par l'oxyde de carbone et d'un cas simulant la sclérose en plaques), par BECKER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 26, *p.* 513, 1889).

Un ouvrier de 47 ans exposé, le 13 octobre 1888, dans une chambre close, à un jet puissant de gaz d'éclairage perd immédiatement connaissance, et dix minutes s'écoulent sans qu'on puisse le secourir. Après 2 heures de respiration artificielle, il commence à respirer spontanément, puis il a des secousses.

musculaires. Au bout de 8 heures, convulsions violentes, nécessitant l'intervention de 2 gardiens. La peau est chaude (impossible de se servir du thermomètre), on voit s'y produire de nombreuses taches roses; l'urine contient de l'albumine, pas de sucre. Le malade ne prend aucune nourriture, car il est impossible de le toucher sans provoquer des convulsions. Pupilles dilatées, paresseuses.

Au bout de 2 jours, cessation des convulsions à gauche. Le 4e jour, le malade avale des liquides. T. 36°,4. Les pupilles ne réagissent pas.

Le 8e jour, cessation complète des convulsions. L'intelligence reparaît, mais il y a un profond épuisement, une stupeur très marquée. Hémiparésie gauche, laquelle dure huit jours. L'albumine a disparu de l'urine.

La malade se remet lentement. On remarque qu'il a l'intelligonce paresseuse, la parole traînante; il scande les mots, il a du tremblement des mains. Trois semaines après l'accident, il rentre chez lui, mais continue à se soigner.

Le 25 février 1889, il est admis à la clinique de Göttingen. A ce moment, il offre quelques-uns des symptômes de la sclérose en plaques : tremblement des membres supérieurs à l'occasion des mouvements volontaires, absence de tremblement au repos; de même pour les membres inférieurs; exagération des réflexes, surtout à droite; exagération de la contractilité musculaire. Parole lente, monotone, mais non scandée. Les signes qui font défaut sont : le tremblement de la tête, le phénomène du pied, le nystagmus, les désordres oculaires.

Amélioration sous l'influence de l'iodure de potassium et l'électrisation, puis, vers le commencement d'avril, nouvelle aggravation. Le 12 mai, on apprend que le tremblement est si violent, que le sujet ne peut se livrer à aucun travail. L. GAILLARD.

Ein Fall von Creolinvergiftung beim Menschen (Empoisonnement par ingestion de créoline), par Friedr. VAN ACKEREN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 709, 12 *août* 1889).

Ouvrier robuste de 30 ans, ayant ingéré, le 21 mai au soir, 250 centimètres cubes de créoline. Peu de temps après, perte de connaissance. L'introduction de la sonde œsophagienne provoque d'abondants vomissements d'un liquide verdâtre, ayant l'odeur de la créoline.

Lavage de l'estomac. Le lendemain matin, retour de la connaissance. Dans la journée, vomissements répétés ayant jusque vers le soir l'odeur caractéristique. L'haleine conserve l'odeur de créoline jusqu'au jour suivant. Aucune douleur, soif intense. Sur les gencives, quelques enduits blanc grisâtre s'enlevant facilement et laissant voir une muqueuse modérément rouge. Aucune trace de cautérisation dans la cavité bucco-pharyngée.

L'urine, noir verdâtre, contient une trace d'albumine. Quand on la distille, après l'avoir additionnée de HCl, elle reste laiteuse, grâce à la présence de gouttelettes en suspension qui finissent par se déposer sous forme de gouttes oléagineuses. Lorsqu'on chauffe l'urine avec de l'acide chlorhydrique dans un mortier, il se produit un précipité goudronneux. On obtient également toutes les réactions caractéristiques des crésols.

Le 23 mai, cessation des vomissements; un peu d'augmentation de volume du foie et de la rate. L'urine contient beaucoup d'albumine et de sang; le microscope y révèle un grand nombre de globules rouges et de cellules épithéliales des reins.

Le 24, léger ictère des téguments et des conjonctives, cependant l'urine ne renferme pas de bilirubine, mais seulement beaucoup d'hydrobilirubine.

Amélioration les jours suivants. La quantité d'urine, qui avait oscillé entre 800 et 500 grammes, augmente, en même temps que sa densité (qui avait atteint 1038) diminue; l'albuminurie est moins notable. Le 28, il n'y a plus

de sang dans l'urine, et le 30, plus d'albumine ni d'éléments morphologiques.

Mais le 8 juin, le malade accuse de l'engourdissement au dos des avant-bras. L'exploration révèle de l'analgésie et un certain degré d'anesthésie dans un district de peau, grand comme la main, correspondant sur chaque membre à la distribution du nerf radial. Quatre jours plus tard, à la sortie du malade, il restait encore un peu d'anesthésie sur l'avant-bras droit.

La plus haute température fut de 37°,9 le 23 mai au soir. Du 23 au 31 mai, elle est restée toujours au-dessous de 36°,5. J. B.

THÉRAPEUTIQUE.

Beobachtungen bei der Anwendung des Weigert'schen Heissluftapparates... (Remarques sur l'emploi des inhalations d'air chaud dans le traitement de la phtisie pulmonaire et laryngée), par H. MŒSER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 52, *p.* 1130, 30 *décembre* 1889).

Mœser a traité 20 individus atteints de phtisie pulmonaire ou laryngée par les inhalations d'air chaud, selon les préceptes de Weigert.

Les séances de une heure ou une heure et demie ont été quotidiennes et continuées de 4 à 10 semaines. La température de l'air oscillait entre 160 et 240 degrés centigrades.

Plusieurs fois Mœser a observé des brûlures superficielles de la luette ou des piliers, de l'épiglotte même dans un cas. Une seule fois, la brûlure de la luette a été grave, et il y a eu élimination de la moitié de l'organe.

Chez deux malades, chaque séance a été suivie d'un peu d'œdème de la paroi laryngée postérieure. Chez un plus grand nombre, il y a eu de la rougeur et du gonflement des cordes vocales, de la raucité et de la gêne de la parole, qui ont fait abréger la durée des inhalations.

Aucun n'a eu d'hémoptysie; bien au contraire, les crachements de sang qu'avaient les malades ont cessé après deux ou trois inhalations.

Les effets physiologiques généraux sont peu marqués. La fréquence du pouls s'accroît de 4 à 12 battements, au début seulement de la séance, car, vers la fin, elle redevient généralement normale. Il en est de même pour la température.

Dans certains cas, les respirations sont profondes, et l'on peut noter une augmentation de la capacité vitale. Mœser a également observé la diminution notable d'un épanchement pleurétique et trois fois l'allongement ou la rupture d'adhérences pleurales.

Mais il n'a jamais pu constater d'action sur les parties des poumons malades. Dans les bronchites simples du sommet, il a semblé maintes fois se produire une diminution de l'expectoration et des bacilles, sans qu'il y eût de modification dans les signes physiques.

Pour les cas plus avancés (pneumonies du sommet), Mœser estime qu'il y a lieu de renoncer à ce traitement, qui épuise les malades et exa-

cerbe leur toux. En cas de cavernes, les inhalations d'air chaud peuvent même précipiter l'évolution fatale de la maladie.

C'est ainsi que chez un garçon de 14 ans, l'expectoration a augmenté, les forces ont décliné rapidement, et un pneumothorax s'est produit quelques heures après une séance.

Si les résultats de la médication ont été nuls dans la tuberculose pulmonaire, ils ont été assez favorables dans les laryngites ulcéreuses, tant tuberculeuse que syphilitique. De vastes ulcères tuberculeux du larynx, qui avaient résisté à l'acide lactique et au menthol, se sont cicatrisés assez rapidement sous l'influence des inhalations d'air chaud.

Dans un cas de dilatation bronchique, avec expectoration fétide, chez un garçon de 7 ans, Mœser a obtenu le meilleur résultat des inhalations d'air chaud. (*R. S. M.*, XXXIV, 86 et 98 ; XXXV, 90 et 94.) J. B.

Die neuesten Beobachtungen... (Nouvelle modification apportée au traitement de la phtisie pulmonaire par les inhalations d'air chaud, humide), par Eduard KRULL (*Berlin. klin. Woch.*, *p.* 892, 14 *octobre* 1889).

Krull a encore abaissé la température de l'air qu'il fait respirer aux tuberculeux. Il les soumet maintenant quotidiennement, pendant un quart d'heure, à l'inhalation d'air humidifié à la température de 36 à 37 degrés. Il s'est assuré qu'un abaissement de un degré de plus dans la température de l'air rendait le traitement illusoire et provoquait une sensation de froid dans la gorge des malades. Suivent cinq observations de malades traités de cette façon. J. B.

Die Behandlung d. Lungenphthisie mittelst Emulsionen v. Perubalsam (Traitement de la phtisie pulmonaire par l'émulsion de baume du Pérou), par Max OPITZ (*Münch. med. Woch.*, 19 *novembre* 1889).

S'appuyant sur les données cliniques et expérimentales formulées par Landerer, Opitz traita les phtisiques par des injections sous-cutanées de baume du Pérou en émulsion. Voici comment on la prépare. On dissout 1 gramme de poudre de gomme arabique dans 1 gramme d'eau ; on y ajoute 2 grammes de baume du Pérou pur et 2 grammes de solution chlorurée sodique à 0,75 0/0. L'émulsion faite, on ajoute de la solution chlorurée pour obtenir 10 centimètres cubes d'émulsion. On neutralise avec du bicarbonate du soude et on stérilise à 110°. On injecte l'émulsion dans le premier ou le deuxième espace intercostal avec toutes les précautions antiseptiques. L'injection est peu douloureuse et sans grands inconvénients locaux.

Opitz a obtenu ainsi des résultats très satisfaisants. P. TISSIER.

Ueber die Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam, par LANDERER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 45, *p.* 1006, 18 *novembre* 1889).

Ayant reconnu les bons effets du baume de Pérou dans 22 cas d'adénites tuberculeuses et dans 74 cas de tuberculose des os et articulations, Landerer a expérimenté sur des animaux les effets de ce médicament en injections intra-veineuses et constaté qu'il provoque une disparition des bacilles, un commencement d'enkystement et une calcification des foyers tuberculeux ; autrement dit, un ensemble de phénomènes rappelant la guérison spontanée des tubercules et n'ayant pas encore été obtenu sur les lapins.

Voici maintenant les résultats obtenus par Landerer chez l'homme :

Dans deux cas de cavernes avec fièvre intense, il a noté un ralentissement des progrès de la maladie.

Deux phtisiques au début, tous deux amputés pour une carie suppurée du cou-de-pied, sont guéris depuis 3 ans ; l'un de ces malades est une femme qui a pu allaiter 7 mois son enfant ; l'accroissement en poids est de 20 et de 25 livres chez ces malades.

Une jeune dame atteinte de tuberculose intestinale avait de 8 à 12 selles sanglantes par jour, de l'anasarque, etc. ; après le traitement, elle a repris de l'embonpoint, n'a plus d'œdème et ne va que deux ou trois fois à la selle, sans perdre de sang.

Un cas de phtisie commençante du sommet droit paraît également guéri.

Un homme de 28 ans, ayant des cavernes au sommet gauche, une induration du sommet droit, une carie du poignet et une phtisie laryngée, a vu l'état de son articulation et de sa phonation, ainsi que sa santé générale et son embonpoint, s'améliorer notablement, quoique les injections intra-veineuses n'aient été continuées que 4 semaines.

Un cas désespéré (homme de 25 ans, ayant des cavernes des deux côtés) éprouva en 10 semaines un mieux tel que le travail put être repris. Deux tuberculoses vésicales traitées localement par le baume de Pérou ont été, l'une guérie depuis 3 ans, l'autre seulement améliorée, vu le peu de temps du traitement. (*R. S. M.*, XXXIV, 87.) J. B.

Die Wirkung der Kamphersäure gegen die Nachtschweisse der Phthisiker (Action de l'acide camphorique contre les sueurs des phtisiques), par LEU (*Charité-Annalen*, *p.* 344, 1889).

Leu a employé dans 55 cas l'acide camphorique contre les sueurs nocturnes des phtisiques. Le succès a été complet dans 33 cas, partiel dans 12, nul dans 10. La dose moyenne a été de 2 grammes. On a donné jusqu'à 3, 4 et 5 grammes. Souvent l'action du médicament s'est poursuivie pendant plusieurs nuits. Les effets toxiques sont presque nuls.

A. M.

Contribution à l'étude de la pleurotomie dans les pleurésies métapneumoniques, par CATRIN (*Lyon méd.*, 19 *janvier* 1890).

La pleurotomie est indiquée dans les pleurésies métapneumoniques purulentes comme dans les autres pleurésies purulentes.

Il faut opérer hativement, et il y aurait imprudence à compter sur le secours des vomiques pour amener la guérison.

Même dans les cas où la vomique amène une issue favorable, la guérison est plus tardive que dans les cas où l'on intervient précocement.

A. C.

Remarques sur le régime alimentaire des malades et sur l'emploi de la fécule soluble, par DEBOVE (*Soc. méd. des hôpitaux*, 9 *août* 1889).

Debove transforme la fécule en la maintenant dans un bain d'huile à une température de 180° pendant trois heures et demie. Il obtient ainsi une poudre jaune insoluble dans l'eau froide, très soluble dans l'eau bouillante, ne précipitant pas par le refroidissement. La fécule soluble agit comme aliment d'épargne, abaisse le chiffre de l'urée, diminue la combustion des matières albuminoïdes. Debove l'a employée avec succès

dans le traitement de la plupart des affections chroniques du tube digestif chez les convalescents. Il la fait délayer à froid dans du lait, incorporant 200 grammes par litre de lait. Il a pu en faire prendre jusqu'à 1 kilogramme par jour. H. L.

Ueber die diuretische Wirkung des Calomel, par HEUCK (*Thèse inaugurale et Berlin. klin. Woch., n° 35, p. 788, 2 septembre 1889*).

Heuck conclut que, même dans l'hydropisie rénale, il y a le plus souvent lieu d'essayer l'action diurétique du calomel. La polyurie, qui est précédée, durant un ou deux jours, d'une diminution des urines, apparaît le troisième ou le quatrième jour et dure jusqu'au cinquième ou sixième jour.

Lorsqu'elle a atteint son maximum, de nouvelles doses de calomel sont impuissantes à augmenter la diurèse. La proportion d'albumine diminue pendant la diurèse; Heuck n'a pas noté d'effets cardiaques.

Les phénomènes d'hydrargyrisme observés se bornent à la stomatite, qu'on prévient par le chlorate de potasse, et à de la diarrhée; jamais il n'y a eu de salivation.

La dose convenable est de 20 centigrammes, répétée trois fois par jour; en tout cas, il ne faut pas dépasser la quantité totale de 4 grammes.

J. B.

Étude botanique et thérapeutique de l'hysterionica Baylahuen, par G. BAILLÉ (*Thèse de Paris*, 1889).

L'hysterionica Baylahuen, donné en infusion, serait un excellent antidiarrheique. Les résultats obtenus par l'auteur dans le traitement de la diarrhée des tuberculeux l'engagent à conseiller l'emploi de cette plante dans les diarrhées survenant dans le cours de certaines maladies qui déterminent la cachexie, le cancer par exemple.

L'infusion d'hysterionica peut permettre de continuer l'emploi urgent d'un médicament (mercure, copahu) en supprimant la diarrhée que ce dernier occasionne.

Cette plante peut être employée dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire comme succédané des balsamiques.

Dans les affections de l'appareil génito-urinaire, l'hysterionica modifie la nature des urines et surtout en supprime la mauvaise odeur. CHOUPPE.

Les sucres comme diurétiques, par Mlle S. MEILACH (*Bull. gén. de thérap.*, 25 *janvier* 1890).

La lactose et la glycose sont des diurétiques puissants. Ce sont des diurétiques rénaux. Il n'y a pas d'élévation de la pression quand on les injecte dans les veines chez les animaux. Chez l'homme, ils ne modifient pas la tension du pouls.

La glycose et la lactose sont brûlées dans l'organisme et ne passent pas dans l'urine.

La diurèse est supérieure à la quantité de boisson prise. Elle atteint son maximum dans les hydropisies d'origine cardiaque ou cardio-artérielle.

Les lésions rénales diminuent d'autant plus la diurèse qu'elles sont plus prononcées.

La lactose agit en se transformant en glucose. La lactose doit être donnée à la dose de 100 grammes pour 2 litres de tisane, la glycose en sirop à la dose de 150 grammes.

Les effets diurétiques de la cure de raisin s'expliquent par la glycose que contient le raisin ; elle est avantageuse à employer lorsque le lait est mal toléré, lorsque l'albuminurie ne dépasse pas une certaine limite. P. T.

Ueber die diätetische Behandlung des chronischen Morbus Brightii, par Julius SCHREIBER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 23, *p.* 509, 10 *juin* 1889).

Il résulte des expériences cliniques de Schreiber que l'introduction d'assez grandes quantités d'œufs durs dans un régime déjà richement azoté ne donne lieu à albuminurie ni chez les gens sains (alors même qu'il s'agit d'une alimentation exclusive), ni chez ceux prédisposés à l'albuminurie.

Chez les brightiques également, l'adjonction de blanc d'œuf fluide ou coagulé à un régime mixte, loin d'accroître l'albuminurie, l'influence parfois favorablement. (*R. S. M.*, XVII, 556; XXIV, 499 et 500; XXVIII, 155 et XXXII, 531). J. B.

Beitrag zur Therapie gewisser Fälle von perniciöser Anæmie, par P. MEYER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 11, *p.* 344, 1er *juin* 1889).

Cas d'anémie pernicieuse guéri par un seul lavage stomacal et partant à rapprocher de celui de Sandoz (*R. S. M.*, XXXI, 121).

Femme de 25 ans ayant déjà perdu un grand nombre de dents. Quatre semaines avant le terme d'une seconde grossesse, elle est prise, dans le creux épigastrique, d'une douleur qui va croissant, est presque continue et augmente un peu après les repas. Bientôt, en outre, la malade éprouve une extrême chaleur, de la céphalalgie, des palpitations et de l'oppression au moindre effort. Chaque soir un accès fébrile. Inappétence et même réapparition des vomissements qui avaient cessé depuis 4 mois; selles diarrhéiques. Pâleur extrême. Affaiblissement. Accouchement normal ainsi que les suites de couches.

Persistance des douleurs épigastriques ; perte d'appétit encore plus marquée; vomissements plus fréquents ainsi que la diarrhée. Etourdissements ; vue nuageuse. Pas d'émaciation notable; anémie intense des muqueuses; souffle systolique diffus dans toute la région précordiale et au niveau des vaisseaux du cou. L'administration de fer, combinée avec celle de bismuth, d'eau alcaline, de cognac glacé, etc., n'a pas d'efficacité. Au contraire, la malade devint somnolente, son haleine fétide ; la température ne descendait jamais au-dessous de 38°, le pouls se maintenait à 130; ni albumine ni sucre dans l'urine. Hémorragies rétiniennes dans les deux yeux; sang extrêmement aqueux ; hématies rares déformées et beaucoup de microcytes.

Comme dernier espoir, Meyer songea aux lavages de l'estomac. L'effet du premier fut tel qu'un deuxième devint inutile. Au bout de 8 jours, la femme était guérie, et dès lors elle s'est toujours bien portée. J. B.

Ueber den Einfluss der Massage auf den Stoffwechsel des gesunden Menschen (Influence du massage sur la nutrition de l'homme sain), par H. KELLER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 13, *p.* 393, 1er *juillet* 1889).

D'expériences physiologiques faites sur lui-même avec les garanties d'exactitude nécessaires, Keller conclut que le massage du corps n'influe

pas sur le poids, n'a aucune action diurétique (contrairement aux expériences de Bum sur les chiens. *Zeitsch f. klin. Med.* XV) mais modifie notablement la composition chimique des urines, en augmentant l'élimination de l'azote, de l'acide sulfurique, de l'acide phosphorique, des chlorures et de la chaux. (*R. S. M.*, XXII, 498). J. B.

Ueber Massage des Herzens (Sur le massage du cœur), par M.-J. OERTEL (*München. med. Woch.*, 10-24 *septembre* 1889.)

Le cœur, placé au milieu de la cavité thoracique, est un de ces organes sur lequel on ne peut guère agir mécaniquement par l'extérieur. Mais, par sa situation, le cœur se trouve soumis à des alternatives de pression assez notables.

C'est en se fondant sur ces données physiologiques qu'Oertel a cherché à exercer une action thérapeutique sur le cœur.

Oertel résume les expériences de G. Heinricius et H. Kroneker sur l'influence des mouvements respiratoires sur le cours du sang dans le système aortique. Ces auteurs agirent directement sur le cœur, à l'aide d'une canule introduite dans le péricarde. Ils obtinrent ainsi en insufflant rythmiquement de l'air dans le sac péricardique des modifications de pression complètement analogues à celles qui se montrent lorsqu'on agit sur le cœur par l'intermédiaire du poumon. Ils conclurent de leurs recherches que la pression de l'air exerce une influence favorable, un véritable massage sur le cœur.

La cure de terrain, instituée par Oertel en 1884, semble agir par un mécanisme analogue, surtout si l'on a soin de pratiquer l'expiration en deux temps, en accentuant le deuxième temps. En agissant ainsi, on exerce à deux reprises une pression sur le cœur.

Voici comment se pratique le massage du cœur; en dehors de l'expiration saccadée en deux temps, on recourt à une pression mécanique extérieure sur le thorax. Un masseur place ses deux mains de chaque côté du thorax du malade, au niveau de la cinquième ou de la sixième côte, et exerce au début de l'expiration une compression en glissant ses mains suivant une ligne qui va de la cinquième ou sixième côte, dans la ligne axillaire, à l'extrémité du septième ou huitième cartilage costal, vers l'appendice xyphoïde. On accentue progressivement la pression de façon qu'elle atteigne son maximum à la fin de l'expiration et au moment où les mains sont au niveau du bord inférieur des septième ou huitième côtes. On peut encore à ce moment exercer une pression simultanée d'avant en arrière, s'opposant au déplacement de la paroi antérieure du thorax. On retire les mains dès que l'inspiration commence, et on les porte à la région axillaire pour agir de même à l'expiration suivante.

Dans l'expiration en deux temps, le massage n'est commencé qu'au second temps. Oertel a voulu donner à sa méthode la sanction expérimentale, aussi bien que la sanction clinique.

1° Influence de l'expiration saccadée et de la pression mécanique sur la respiration. La quantité d'air expiré augmente d'environ 182 centimètres cubes pendant l'expiration en deux temps; l'augmentation est encore plus considérable si l'on pratique en même temps une pression mécanique (375 centimètres cubes). 2° Influence sur la pression de l'air expiré. L'inspiration devient plus profonde, lorsqu'on fait pratiquer le massage

du cœur de sorte que les différences de pression sont plus sensibles ; cependant celle-ci varie relativement fort peu, mais suffit néanmoins pour exercer une action favorable sur l'action du cœur. 3° Influence sur le cœur et sur la circulation. Le pouls devient plus fort et plus plein au moment du second temps de l'expiration; l'exploration directe du cœur donne des résultats conformes à ceux fournis par l'artère.

Ces données expérimentales ont été appliquées cliniquement avec succès par Oertel. Le massage du cœur augmente l'énergie de la contraction systolique; en outre, le cœur reste plus longtemps dans le stade maximum de la systole. Comme l'inspiration devient plus profonde, le sang arrive en plus grande quantité au cœur pendant la diastole, de telle sorte qu'il en résulte en définitive une circulation plus rapide dans les vaisseaux.

Le massage agit sur le cœur comme sur les autres muscles, et il favorise la circulation dans les parois cardiaques, comme dans le reste du système circulatoire, en augmentant l'apport et en facilitant le retour du sang au cœur.

Indications du massage du cœur :

1° Toutes les fois que le muscle cardiaque faiblit, qu'il y ait nutrition insuffisante, dégénérescence ou surcharge graisseuse ;

2° Toutes les fois que le cœur est insuffisant (stases veineuses) ;

3° Toutes les fois que la circulation est gênée et par suite que le cœur est obligé à un travail plus considérable (Lésions valvulaires, lésions pulmonaires, etc.) et doit s'hypertrophier.

Contre-indications :

1° Processus endocarditiques ou péricarditiques récents ou récidivants ;

2° Myocardite aiguë ou subaiguë secondaire à la sclérose coronaire;

3° Etat scléreux et athéromateux du système artériel. P. TISSIER.

Zur Behandlung der Cholelithiasis (Traitement des calculs biliaires), par Siegfred ROSENBERG (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 48, p. 1040 et 1046, et n° 49, p. 1069, 2 et 9 décembre* 1889).

Rosenberg rapporte d'abord trois cas dans lesquels il eut recours avec succès à l'administration d'huile d'olives, chez des femmes atteintes de coliques hépatiques. Toutes trois rendirent des pseudocalculs constitués par de l'huile saponifiée et virent cesser les troubles fonctionnels dus à la lithiase ; deux d'entre elles rendirent en outre de véritables calculs biliaires, dont la nature fut vérifiée par l'examen microscopique ainsi que par l'analyse chimique.

Rosenberg a ensuite expérimenté, sur un chien muni d'une fistule biliaire, l'action de divers cholagogues.

Il a trouvé inefficaces le sel de Carlsbad artificiel, le remède de Durande (1 partie d'essence de térébenthine pour 3 d'éther) ; efficaces, la bile, le salicylate de soude et l'huile d'olives à hautes doses. Mais tandis que la bile, en excitant la sécrétion biliaire, la rend plus consistante (ce qui en exclut l'emploi thérapeutique), le salicylate et l'huile la fluidifient ; cette dernière a les effets les plus énergiques des trois.

Rosenberg relate l'observation d'une malade atteinte de lithiase hépatique, chez laquelle l'administration de trois prises quotidiennes de

1 gramme de salicylate sodique dissous dans un demi-litre d'eau chaude amena l'expulsion de nombreux graviers.

Dans la discussion, Ewald déclare avoir employé deux fois l'huile d'olives sans avoir obtenu ni la diminution des coliques, ni l'expulsion de calculs.

Virchow pense qu'on pourrait expliquer l'action de l'huile par sa pénétration dans les voies biliaires, après absorption dans la circulation. Si invraisemblable que cette supposition semble de prime abord, il apporte à l'appui les expériences qu'il a faites (*Archiv f. pathol. Anat.*, XI), sur les états graisseux du foie. En nourrissant divers animaux avec de la graisse, il a remarqué qu'une quantité notable de cette graisse était éliminée avec la bile et qu'ensuite une partie de cette graisse pénétrait dans l'épithélium des canalicules biliaires dont la surface était complètement blanche déjà à l'œil nu. Poursuivant cette étude sur des chiens et des chats encore allaités, il a reconnu que les matières grasses du lait remplissaient d'abord la surface des cellules épithéliales avant de pénétrer dans leur profondeur. On peut conclure que la graisse absorbée au niveau de l'intestin par les lymphatiques arrive dans le foie, qui l'élimine en partie avec la bile, tandis que le reste est résorbé par l'épithélium des conduits biliaires. (*R. S. M.*, II, 306 ; IX, 122 ; XXX, 69 ; XXXII, 106 ; XXXIII, 84 et 486.) J. B.

Applications thérapeutiques du chlorhydrate d'hyoscine, par MAGNAN et LWOFF (*C. R. Soc. biologie*, 6 *juillet* 1889).

Gley et Rondeau ont insisté sur l'action mydriatique de l'hyoscine : ils ont signalé la paralysie qu'elle détermine dans les nerfs d'arrêt du cœur. Magnan et Lwoff ont employé cette substance comme somnifère chez des maniaques, des délirants alcooliques, des personnes atteintes de tics : ils ont vu, comme Sohrt et Kobert, que l'action somnifère est d'autant plus durable que l'individu est plus excité. PAUL LOYE.

De l'emploi du strophantus dans la thérapeutique infantile, par MONCORVO (*Union médicale*, 4-7-9 *janvier* 1889).

Moncorvo rapporte 14 observations recueillies chez des enfants âgés d'un an à 15 ans, et traités par la teinture alcoolique de strophantus au 1/20 à doses quotidiennes variant de 4 à 18 gouttes. M... signale la promptitude d'action, l'énergie et l'innocuité parfaite de ce médicament ; dans les cas de lésions du cœur avec hypersystolie et oligurie, il rétablit la tonicité du cœur, la régularisation de ses battements, l'amplitude du pouls et l'abondance des urines. Il rend également service dans les affections pulmonaires ou broncho-pulmonaires (l'asthme par exemple) compliquées d'insuffisance cardiaque. — En outre, l'action du strophantus a été persistante dans certains cas longtemps après la cessation du traitement. Dans trois cas de néphrite parenchymateuse avec ou sans lésions cardiaques, le strophantus a amené la disparition de l'œdème et réveillé l'energie du cœur. H. L.

Ueber Chloralamid, ein nueues Hypnoticum (Le chloralamide, un nouvel hypnotique), par S. RABOW (*Centralbl. f. Nervenkrank.*, *n°* 15, 1er *août* 1889).

L'auteur s'en est très bien trouvé dans l'insomnie simple, dans

l'hystérie, la neurasthénie, etc.; il est insuffisant chez les aliénés très excités. Donner ce médicament à la dose de 1 à 4 grammes dans de la bière ou du vin; éviter de le faire dissoudre dans un liquide chauffé à plus de 60° ou contenant des carbonates alcalins. Il ne laisse après lui aucun effet désagréable. P. MARIE.

Bromoform ein Mittel gegen Keuchhustens (Le bromoforme dans le traitement de la coqueluche), par STEPP (*München. med. Woch.*, 12 *novembre* 1889).

Stepp administre le bromoforme sous forme de gouttes que l'on prend dans l'eau dans une cuillère. Le bromoforme tombe au fond de l'eau et forme une perle, que l'on fait avaler ainsi. Le médicament est bien toléré, à la dose de 1 goutte 3 ou 4 fois par jour chez les enfants de 3 à 4 semaines, de 2 à 3 gouttes, suivant l'intensité du cas, jusqu'à 2 ans; de 4 à 5 gouttes de 2 à 4 ans, de 6 à 7 gouttes de 6 à 7 ans. Les vomissements cessent rapidement, les accès deviennent plus rares et moins intenses, et la guérison survient au bout de 2 à 4 semaines. P. TISSIER.

I. — Suspension in the treatment of locomotor ataxy, par SAUNDBY (*Brit. med. Journ.*, *p.* 469, 2 *mars* 1889).

II. — De la suspension dans le tabes, par LADAME (*Rev. médic. Suisse romande*, *IX*, 347, *juin* 1889).

III. — De la suspension chez les tabétiques, par DUJARDIN-BEAUMETZ (*Bullet. de thérapeut.*, *p.* 1, 15 *juillet* 1889).

IV. — Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension. Discussion de la Société médicale de Genève (*Revue médicale Suisse romande*, *IX*, 436, *juillet* 1889).

V. — Le traitement par la suspension dans les maladies de la moelle, par E. de RENZI (*Rivista clinica e terapeutica*, *p.* 39, 3 *août* 1889).

VI. — Bemerkungen über die Suspension bei Tabischen, par ERB (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 756, 12 *août* 1889).

VII. — Zur mechanischen Behandlung des Tabes, par JÜRGENSEN (*Ibidem*, *n°* 39, *p.* 866, 30 *septembre* 1889).

VIII. — Zur Frage der Suspensionstherapie (Sur la thérapeutique par la suspension), par BENEDIKT (*Wiener med. Wochenschrift*, *n°s* 45-46, 1889).

IX. — Diminution et cessation de l'usage habituel de la morphine chez deux tabétiques traités par la suspension, par GILLES DE LA TOURETTE et LAGOUDAKIS (*Arch. de neurol.*, *juillet* 1889).

X. — Ataxie et suspension, par RENAUT (*Lyon méd.*, *p.* 87, 15 *septembre* 1889).

I. — 1° Homme de 52 ans : douleurs fulgurantes, ataxie, perte du réflexe pupillaire et tendineux ainsi que de la contraction vésicale. Début du traitement le 28 janvier : vingt et une séances de 2 à 3 minutes. Le 24 février il n'a plus de douleurs fulgurantes, marche avec moins d'incoordination et peut uriner volontairement dans une certaine mesure. Les autres symptômes ne sont pas modifiés;

2° H..., 40 ans. Douleurs fulgurantes, crises gastriques, ataxie, signe de Romberg et de Westphal. Dix-sept séances de suspension. A part une diminution dans les douleurs fulgurantes, pas de modification dans son état;

3° L..., 34 ans, syphilitique et ataxique. Quinze séances. Ici encore, l'amé-

lioration ne porte que sur les douleurs qui diminuent; mais on a donné concurremment de l'iodure de potassium. H. R.

II. — Ladame a pratiqué un total de 282 suspensions sur 15 tabétiques et 1 ataxique de Friedreich. Il considère l'évaluation du poids des malades comme un élément d'appréciation essentiel pour calculer la durée de la suspension : plus le malade est lourd, plus la suspension doit être brève.

Les résultats qu'il a obtenus confirment ceux de Motchoukowski et de Charcot. L'amélioration a surtout porté sur les douleurs fulgurantes, les troubles de la miction et l'insomnie. Dans deux cas, le signe de Romberg a disparu après une vingtaine de séances. Les paresthésies de la plante des pieds et la sensation pénible du froid dans les jambes se sont aussi amendées chez quelques malades. Chez d'autres les résultats ont été nuls.

Dans la plupart des cas, après une amélioration rapide, due peut-être à des causes psychiques, a succédé une aggravation momentanée des symptômes. Ce n'est guère qu'entre la vingtième et la trentième séance que la deuxième période d'amélioration se manifeste.

Quelques malades, très anémiés, ont offert les phénomènes précurseurs de la syncope; cela a été le seul accident noté. J. B.

III. — Dujardin-Beaumetz conclut de ses observations et de celles publiées antérieurement que si la suspension n'est pas une méthode curative de l'ataxie, c'est un procédé qui soulage un certain nombre de malades, pouvant même améliorer la marche et, dans certains cas extrêmement rares, donner une guérison relative. P. T.

IV. — Appia a constaté les bons effets de la suspension sur un Asiatique traité par Burrough. La marche redevint possible; les douleurs fulgurantes, l'incontinence d'urine disparurent; la sensibilité revint aux membres inférieurs,

L. Revilliod a employé la suspension sur 13 malades, dont 4 seulement sont de vrais tabétiques.

Chez l'un d'eux, qui en est à sa dix-huitième séance, l'effet jusqu'ici est complètement nul ; mais c'est un malade alité depuis 1881.

Chez les trois autres, il y a eu une amélioration sensible pour les douleurs fulgurantes, l'ataxie, et chez deux d'entre eux pour le signe de Romberg. L'un d'eux, tabétique depuis 5 ou 6 ans, mais peu ataxique, est atteint depuis décembre 1888 d'un pied tabétique avec douleurs constrictives et mal perforant. Dès les premières seances, les douleurs ont diminué notablement; le pied qui présentait un aspect phlegmoneux et un énorme gonflement du massif tarso-métatarsien a diminué de 4 centimètres de circonférence depuis dix semaines que le traitement a commencé ; on faisait tous les deux jours une séance qui est arrivée rapidement à 3 ou 4 minutes de durée.

Dans un état de névralgie atroce de la verge avec irradiations à la vessie et au périnée, rétention d'urine et paresie douloureuse des extrémités inférieures qui empêchait le malade de marcher depuis 3 mois, la suspension a eu un effet satisfaisant sur tous les symptômes, sauf la rétention d'urine qui persiste.

Dans les 3 cas d'impuissance génitale, la suspension fut favorable. Sur 4 cas de troubles vésicaux, un seul fut amélioré. Pas d'effet sur l'absence du réflexe rotulien.

Dans un cas de démarche spasmodique dû probablement à une myélopathie syphilitique, il y a eu amélioration.

Encouragé par le succès obtenu sur le pied tabétique, Revilliod soumit à la suspension un malade non ataxique, mais ayant un pied droit tout à fait analogue et criblé de maux perforants. Le pied gauche, qui avait été atteint de la même affection, avait subi l'ablation du gros orteil, puis 18 mois plus tard, l'amputation de Progoff. La suspension a suffi pour atténuer les douleurs qui étaient intenses, dégonfler le tarse, le métatarse et le gros orteil, et faire marcher à la guérison les ulcères perforants.

Glatz a essayé la suspension dans un cas d'impuissance sans résultat après une vingtaine de séances.

Gœtz a traité 2 ataxiques femmes par la suspension. La marche est devenue plus facile, la constipation opiniâtre a disparu. J. B.

V. — De Renzi donne les résultats qu'il a obtenus par la suspension chez 13 malades atteints de diverses affections de la moelle.

Sur 7 ataxiques, 3 d'entre eux n'ont retiré aucun bénéfice de ce mode de traitement. Chez les 4 autres, les douleurs fulgurantes se sont amendées d'une façon notable, et la marche est devenue plus facile.

Dans un cas de tabes dorsal spasmodique la marche s'est également améliorée.

Résultat favorable dans un cas de sclérose en plaques.

Un cas de guérison de méningo-myélite chronique, amélioration notable dans un second cas.

Aucun résultat dans un cas de méningo-myélite par hématomyélie.

La suspension n'a jamais provoqué d'accidents chez les malades; de Renzi admet que ce mode de traitement agit en rompant les adhérences méningées et en favorisant le cours du sang dans la moelle. G. LYON.

VI. — Sur les indications d'Erb, Hoffmann a soumis à la suspension 6 tabétiques. Le hasard a voulu qu'il s'agit surtout de cas encore récents, à marche relativement aiguë; une partie des malades, en outre, avaient un poids considérable.

Les résultats n'ont pas été très encourageants. Il n'y a eu d'amélioration que chez 3 malades, tandis que les autres ont vu leur état empirer. J. B.

VII. — Chez 6 ataxiques, Jürgensen a obtenu d'excellents résultats d'un traitement mécanique autre que la suspension. Il s'agit de l'application du corset de Hessing.

On voit d'abord disparaître les troubles des sphincters, puis les douleurs fulgurantes; la marche s'améliore, le signe de Romberg est plus appréciable; mais l'état général est par-dessus tout heureusement modifié. Le traitement n'a pas d'influence sur les réflexes rotuliens.

Le corset doit être porté pendant trois années.

Dans la discussion, Erb déclare avoir vu aussi de bons résultats du corset d'Hessing chez 2 tabétiques. J. B.

VIII. — Après la suspension les mouvements deviennent plus libres, plus élastiques, du moins pour quelque temps; dans beaucoup de cas l'amélioration persiste, le signe de Romberg disparaît. Dans 4 cas où il a employé la suspension, Benedikt n'a pas observé de changement dans les troubles de la vue. Les névralgies ont été favorablement influencées; cependant, dans quelques cas, la suspension a provoqué des accès névralgiques ou a donné un coup de fouet à celles qui existaient déjà. Les anesthésies et la paresse vésicale ont été très améliorées.

La thérapeutique agit mieux sur des cas relativement récents que sur

des cas anciens ; mais Benedikt a vu des cas invétérés et présentant une certaine gravité s'améliorer sous l'influence du traitement. Il a soigné ainsi 4 cas d'ataxie d'origine traumatique, 1 cas d'ataxie spasmodique, plusieurs affections spinales, 1 cas d'hystérie mâle.

Il faut savoir que ce procédé peut être dangereux ; souvent on est obligé d'y renoncer, surtout chez les sujets atteints d'affections des voies respiratoires ou de lésions cardiaques.

Au début, Benedikt pratique sur ses malades la suspension trois fois par semaine, puis la réduit à une ou deux séances qui ne dépassent pas trois minutes. BARBE.

IX. — Depuis deux ans, l'un de ces malades prenait par jour 1 centigramme et demi de morphine en injections hypodermiques. Les douleurs fulgurantes ayant disparu sous l'influence du traitement par la suspension, il avait pu supprimer complètement l'usage du médicament. C'est cette observation que Gilles de la Tourette résume brièvement. Il y joint l'observation d'un autre ataxique chez lequel la suspension eut pour effet de faire diminuer considérablement la dose de morphine. Ce dernier cas est incomplet, le malade sous l'influence de l'amélioration obtenue ayant acheté un appareil et n'ayant plus été revu à la clinique. DESCOURTIS.

X. — Chez un jeune homme de 30 ans, non syphilitique, devenu ataxique par excès vénérien, Renaut a observé le retour du réflexe patellaire à la quinzième séance de suspension. Le résultat du traitement a été remarquable. Le malade, qui ne pouvait marcher, peut faire plusieurs kilomètres. A. C.

PATHOLOGIE INTERNE ET CLINIQUE MÉDICALE

I. — Zur Kenntniss der cerebraler Hemiplegie, par C. WERNICKE (*Berl. kl. Woch.*, *n°* 45, *p.* 969, 11 *novembre* 1889).

II. — Hémiplégie gauche chez une gauchère par embolie du tronc brachiocéphalique : signe de l'orbiculaire, par REVILLIOD (*Revue méd. de la Suisse romande, IX, p.* 595, *octobre* 1889).

III. — Ueber ein Fall von Hirntumor, par P. MEYER (*Charité Annalen, XIV, p.* 623).

IV. — Ein Irrthum in der Diagnose... (Erreur de diagnostic à propos d'un cas de tumeur cérébrale), par WESTPHAL (*Ibidem, p.* 367. 1889).

V. — Tumor of the pituitary body, par WHITWELL (*Journ. of mental sc., juillet* 1889).

VI. — Ein Fall von progressiver Bulbärparalyse mit ungewöhnlichen Ausgang (Paralysie bulbaire à terminaison anormale), par REINHOLD (*D. Arch. f. kl. Med.*, *XLVI*, *p.* 83).

VII. — Ueber reflectorische Pupillenstarre (Centre cérébral de l'immobilité réflexe de la pupille), par MENDEL (*Berl. kl. Woch.*, *n°* 47, *p.* 1029, 25 *novembre* 1889).

I. — Dans l'hémiplégie cérébrale, de même que le facial n'est pas

intéressé dans son rameau supérieur, de même des deux branches principales du nerf accessoire de Willis, seule, celle qui se rend au trapèze, est paralysée, tandis que la branche sterno-mastoïdienne demeure intacte. La paralysie du trapèze se traduit par l'abaissement de l'épaule correspondante, au repos, et par l'impossibilité de la lever volontairement. J. B.

II. — Femme de 25 ans, hémiplégie gauche subite. Du 3e au 6e jour de son hémiplégie, elle eut un peu d'albuminurie, puis une obstruction des artères humérales au pli du coude et de la radiale, avec momification des trois derniers doigts de la main gauche.

Mais le symptôme sur lequel Revilliod insiste, est l'existence du signe de l'orbiculaire, c'est-à-dire d'une parésie de ce muscle, à l'encontre de ce qu'enseignent les traités de pathologie qui assurent que, dans l'hémiplégie cérébrale, le facial inférieur seul est paralysé.

Un hémiplégique peut fermer les deux yeux à la fois; il peut également fermer l'œil du côté sain en laissant ouvert l'autre, mais il lui est impossible de faire l'inverse, c'est-à-dire de fermer seulement l'œil du côté paralysé.

Même pendant la fermeture des deux yeux, on remarque que les paupières du côté paralysé se rapprochent plus difficilement; le froncement du sourcilier et du frontal est aussi incomplet. Les hémiplégiques qui ne présentent pas ce signe de l'orbiculaire ne constituent qu'une faible minorité. J. B.

III. — Un enfant de 5 ans présente à plusieurs reprises des vomissements, puis une céphalalgie intense; le pouls est régulier, il n'y a pas de fièvre. Le nerf facial du côté droit est paralysé; la luette est déviée à gauche; pas de phénomènes paralytiques ni de troubles de la sensibilité du côté des membres. On perçoit au niveau du crâne, et même à distance, une sorte de sifflement systolique très marqué. Accidents comateux; amaurose terminale. S'agissait-il d'un anévrisme intra-cranien, d'une tumeur fortement vascularisée, d'une tumeur comprimant une des artères encéphaliques? A l'autopsie, on trouva un gliome très vascularisé qui faisait saillie dans le 4e ventricule. A. MATHIEU.

IV. — Dans les *Charité-Annalen* de 1888 (XIII Jahrgang), Westphal a publié l'histoire d'un enfant de 9 ans chez lequel il avait porté le diagnostic de sclérose en plaques. On constatait du ptosis de la paupière gauche, du nystagmus, de la pâleur de la papille gauche, de la lenteur de la parole, quelquefois du tremblement des extrémités. Le réflexe rotulien était exagéré. On obtenait facilement le phénomène de l'épilepsie spinale. La démarche était nettement spasmodique. A l'autopsie, on ne trouva pas du tout la sclérose en plaques soupçonnée, mais une tumeur de la couche optique du côté gauche qui faisait saillie dans le troisième ventricule et le remplissait. La capsule interne et le noyau lenticulaire n'étaient pas lésés. La tumeur était très molle, de consistance muqueuse, avec des points jaunâtres plus résistants. A. M.

V. — Femme de 30 ans, reçue à l'asile le 18 juin 1888, avec des certificats indiquant qu'elle était déprimée, anxieuse, incohérente, et qu'elle avait des hallucinations de la vue et de l'ouïe et des conceptions délirantes. Bien portante jusqu'il y a trois semaines, elle avait souffert de mal de tête depuis cette époque. A eu sept enfants, dont cinq encore vivants; sa mère a passé dix ans dans un asile; pas trace de tuberculose ni de syphilis. A l'asile, elle se montre mélancolique, silencieuse, sans énergie, avec une tendance à se soustraire à toutes les causes de stimulation mentale. La faculté d'atten-

tion est diminuée, la mémoire affaiblie, la connaissance du monde extérieur imparfaite, et il y a impossibilité pour elle de fixer de nouvelles impressions et de combiner les anciennes. Mal de tête à peu près général, continuel et siégeant surtout du côté droit. Vomissements. Convulsions surtout violentes du côté droit, se reproduisant plusieurs fois. Par intermittences, strabisme interne, inégalité pupillaire, inegale réaction à la lumiere, mouvements convulsifs des globes oculaires; salivation abondante; pas de paralysie marquée; mort dans des convulsions. A l'autopsie, myxosarcome siégeant dans le corps pituitaire, débordant de chaque côté dans le sinus caverneux, surtout à gauche, où il entourait l'artère carotide interne dont il agrandissait le calibre; il entourait aussi le nerf de la sixième paire; dimension : 29 centimètres sur 13 centimètres. DESCOURTIS.

VI. — Femme de 58 ans. Au cours d'une paralysie bulbaire à évolution lente surviennent des accidents aigus : vomissements, céphalalgie, ralentissement du pouls, somnolence avec agitation aboutissant au coma; hyperesthésie des muscles de la jambe; convulsions légères dans les bras. Ce sont là des signes de méningite aiguë, très différents des crises bulbaires.

A l'examen microscopique, on ne trouva ni sclérose, ni artério-sclérose de la moelle allongée. Il y avait dégénérescence des amas cellulaires et des foyers d'encéphalite aiguë qui paraissaient remonter bien au delà de la protubérance. En effet, l'épendyme des ventricules cérébraux était rouge et parsemé de taches hémorragiques. Il y avait donc à la fois des lésions à marche aiguë et à marche chronique. Les méninges ne présentaient aucun signe d'inflammation chronique ou aiguë. A. MATHIEU.

VII. — Sur 95 paralytiques généraux, Mendel en a trouvé 44 dont les pupilles ne réagissaient absolument pas à la lumière, et, sur 110 ataxiques, 73 qui offraient le signe de Robertson.

Jusqu'ici, on n'a fait que des hypothèses sur le point du système nerveux dont la lésion supprime le réflexe pupillaire. Erb a toutefois montré qu'il doit se trouver dans l'appareil central. En effet, si la lésion se trouvait sur le trajet périphérique du nerf optique, il n'y aurait pas conservation de l'intégrité visuelle; d'autre part, si elle se trouvait sur le trajet périphérique du muscle moteur oculaire commun, on ne comprendrait pas pourquoi ce nerf obéit encore aux efforts d'accommodation, alors qu'il reste inerte sous les excitations réflexes.

Le point cherché doit donc se trouver dans le cerveau, entre le lieu de terminaison des fibres pupillaires du nerf optique et le lieu d'origine des rameaux du moteur oculaire commun qui innervent le sphincter irien.

Récemment, Magnus (*Die Enstehung der reflectorischen Pupillenbewegen*, 1889) indique ainsi les voies du réflexe pupillaire : bandelette optique, tubercules quadrijumeaux, fibres de Meynert, noyau sphinctérien de l'oculaire commun. Mais ce trajet se trouve infirmé d'abord par les expériences de Knoll, qui a pu détruire les tubercules quadrijumeaux extérieurs sans troubler les mouvements reflexes de l'iris; puis par celles de Gudden, qui a enlevé les couches superficielles des mêmes tubercules sans produire d'altération dans les mouvements pupillaires. Gudden concluait que le corps genouillé externe constitue le centre des fibres pupillaires.

Pour résumer la question, Mendel a procédé, comme pour la recherche du noyau du facial supérieur (*R. S. M.*, XXXI; 404), sur des chiens, des chats et des lapins nouveau-nés qui venaient d'ouvrir les yeux; il a

enlevé la plus grande partie de l'iris, au moyen d'iridectomies. La majeure partie des yeux opérés s'est atrophiée après suppuration, mais un certain nombre se sont conservés sans troubles visuels notables. Au bout de quelques mois, il a sacrifié les animaux. Les yeux, détruits par la suppuration, offraient une atrophie plus ou moins complète du nerf optique, lequel, au contraire, était intact ou à peu près, sur les yeux qui s'étaient conservés. Les yeux dont le nerf optique était atrophié présentaient constamment, comme dans les expériences de Gudden sur l'extirpation du globe oculaire, une atrophie du tubercule quadrijumeau antérieur et du corps genouillé externe du côté opposé. Mais, lésion non encore décrite, ils offraient constamment aussi une atrophie du ganglion de l'habénule du côté malade.

Sur les yeux qui s'étaient conservés, le tubercule quadrijumeau antérieur et le corps genouillé externe étaient intacts, mais il y avait constamment une atrophie de ganglion de l'habénule du côté opéré.

Il ressort donc de ces expériences que, chez les animaux au moins, il existe, dans le ganglion de l'habénule, un centre pour les mouvements pupillaires, centre qui s'arrête dans son développement, lorsqu'il n'a plus de fonction à remplir, comme chez les animaux iridectomisés.

Or, on sait que Darkschewitsch a montré que les fibres pupillaires de la bandelette optique pénètrent dans la glande pinéale et dans le ganglion de l'habénule. D'un autre côté, les expériences de Bechterew, de Hensen et Völckers et celles de Christiani ont révélé l'importance de la paroi postérieure du 3° ventricule pour les mouvements de l'iris.

Reste la question du trajet de l'arc réflexe entre le ganglion de l'habénule et le noyau du sphincter irien. Les 2 ganglions de l'habénule sont unis par une commissure dont les fibres appartiennent indubitablement à la portion ventrale la plus inférieure de la commissure postérieure. Dans les expériences de Mendel, la partie de la commissure avoisinant le ganglion atrophié était également atrophiée, et l'atrophie s'étendait même à la commissure postérieure. Quant au nerf moteur oculaire commun et à son noyau, ils sont toujours demeurés intacts, preuve que c'est ailleurs qu'il faut chercher le noyau du sphincter irien. Mendel le place dans le noyau de Gudden, amas de cellules situé au-dessous du faisceau longitudinal gauche qui le sépare du noyau du moteur oculaire commun. Mendel a trouvé le noyau de Gudden deux fois atrophié. En définitive, il trace ainsi le trajet du réflexe pupillaire : nerf optique, bandelette optique, sans entrecroisement, jusqu'au ganglion de l'habénule, puis commissure postérieure, noyau de Gudden, et fibres du tronc du moteur oculaire commun. J. B.

I. — Ein Fall von sogenannter Seelenblindheit, nebst anderweitigen cerebralen Symptomen (Un cas de soi-disant cécité psychique avec symptômes d'un autre ordre), par SIEMERLING (*Archiv f. Psychiatrie, XX, fascicule* 2).

II. — Ein Fall von Seelenblindheit nebst einem Beitrage zur Theorie derselben (Un cas de cécité psychique avec contribution à la théorie de ce phénomène), par H. LISSAUER (*Ibidem, XXI, p.* 222).

I. — Homme de 54 ans; le 14 décembre 1888, il éprouve une sorte d'obnubi-

lation de la vue qui persista ; les jours suivants, il se dirigeait à tâtons et éprouvait un peu d'engourdissement dans le bras droit; il n'y avait pas eu d'attaque d'apoplexie, mais une sorte d'étourdissement qui dura environ une demi-heure. Il entra le 7 janvier 1889 à la Charité. On constata alors qu'il ne reconnaissait pas les objets qu'on lui présentait ou qu'il ne les reconnaissait qu'après de longues hésitations, les reconnaissait au contraire beaucoup mieux après les avoir touchés, sentis ou entendus. Absence de la vision dans la moitié droite du champ visuel pour les deux yeux, mais n'atteignant pas tout à fait la ligne médiane ; diminution notable de la vision pour la partie gauche du champ visuel, les couleurs ne sont pas reconnues même dans la partie saine du champ visuel. — Aucun trouble dans la prononciation. Pas de troubles de la motilité, réflexes tendineux égaux des deux côtés. Sensibilité intacte ; ouïe, goût, odorat conservés. Pas de troubles psychiques notables. Il arrive à lire des chiffres ou des mots écrits très gros, et peut écrire son nom et différents mots. L'examen de la faculté de juger les différences de clarté a montré que cette faculté était normale. Le malade sort en avril ; l'hémianopsie persistait, mais tous les autres troubles avaient presque entièrement disparu, et entre autres l'acuité visuelle s'était beaucoup améliorée. Il restait cependant une diminution notable de la mémoire.

Dans les remarques dont il fait suivre cette observation, Siemerling insiste sur ce fait que pour l'œil droit l'hémianopsie absolue dépasse en haut la ligne médiane, tandis que pour l'œil gauche, en bas, elle n'arrive pas jusqu'à la ligne médiane ; il pense que cela est dû à ce que les fibres entrecroisées et les fibres non entrecroisées du nerf optique ne sont pas en nombre égal pour les deux yeux; de sorte que dans ce cas, comme d'ailleurs chez les animaux, le faisceau croisé était un peu plus considérable que le faisceau non entrecroisé.

L'auteur fait en outre remarquer qu'à mesure que chez le malade l'acuité visuelle et la perception des couleurs augmentaient, on vit parallèlement diminuer les phénomènes de cécité psychique. Il fit sur lui-même l'expérience suivante : ayant mis des lunettes grasses avec lesquelles il n'avait plus qu'une acuité de 1/30 et s'étant placé dans une chambre qui n'etait éclairée que par la lumière monochromatique d'une lampe avec du sodium, il lui fut également impossible de reconnaître et de nommer du premier coup les objets usuels qu'on lui présentait. Il pense donc que, chez son malade, c'est la diminution de l'acuité visuelle et l'achromatopsie qui avaient causé cette apparence de cécité psychique. Quant à la lésion anatomique existant ici, Siemerling pense à un double foyer dans les lobes occipitaux. Ce cas, d'après lui, ne doit d'ailleurs pas être considéré comme appartenant à la cécité psychique véritable, mais bien plutôt à la cécité corticale, et encore à une cécité corticale incomplète, les différents modes de la perception visuelle étant, comme le pense Wildbrand, disposés suivant toute apparence en des points distincts du lobe occipital.

II. — Homme de 80 ans, observé dans le service de Wernicke, qui, après avoir présenté quelques troubles psychiques survenus d'une façon assez rapide, ne se plaignait que d'une chose : de ne pas voir comme auparavant. On constata qu'il existait une hémianopsie droite absolue; la ligne de partage des deux moitiés du champ visuel dépassait de quelques degrés à droite le point de fixation, la vision centrale était donc conservée pour les deux yeux; l'acuité visuelle était, relativement à l'âge, assez bien conservée. Le malade faisait de nombreuses erreurs quand on lui disait de désigner dans une

collection de laines telle ou telle couleur, mais si on lui donnait un échantillon et qu'on l'engageât à rassembler toutes les nuances de cette couleur il le faisait aisément, la perception des couleurs existait donc réellement, ce qui faisait défaut c'était la relation entre la couleur et son appellation ou ses autres représentations psychiques ; le malade ne faisait pas de grosses erreurs en mesurant à l'œil les distances, il n'avait pas non plus perdu le sens du relief. La mémoire visuelle des impressions récentes était assez bonne, celle des impressions anciennes très mauvaise, mais peut-être cela n'était-il pas à proprement parler un phénomène de la sphère visuelle, mais un effet du grand abaissement de la mémoire générale. Il peut dessiner les objets soit d'après nature soit en copiant des dessins mais même alors il ne reconnaît pas la nature et les usages de ces objets, impossibilité de dessiner de mémoire. Il écrit couramment de lui-même ou à la dictée; il ne peut pour ainsi dire pas lire du tout, même ce qu'il vient d'écrire, quelquefois cependant il peut lire comme par hasard un mot isolément dans une phrase ; dans la suite la faculté de lire s'améliora très notablement. Quant au sens de la forme, son examen par un procédé particulier montra qu'il était conservé tout en ayant éprouvé une diminution notable. La faculté d'orientation dans les grands espaces libres qui, tout d'abord avait à peu près complètement disparu était revenue au point que 6 semaines après le début de l'affection, le malade pouvait sortir seul et trouver son chemin dans Breslau sans grandes difficultés; enfin le temps de réaction psychique pour les excitations optiques, mesuré d'une façon relativement grossière, ne semblait pas augmenté. — Quant à la faculté de porter un jugement sur les objets extérieurs, l'observation contient le résultat de nombreuses expériences, la conclusion en est que, par l'ouïe et le tact, le malade continue à très bien se rendre compte des objets, tandis qu'avec le sens de la vue il commet de fréquentes erreurs. Toute cette partie de l'observation doit être lue dans le texte.

La 2e partie est consacrée à une étude théorique de la cécité psychique ; l'auteur distingue 2 actes différents dans le processus psychique qui consiste à reconnaître les objets : 1er acte de perception consciente d'une impression, *aperception;* 2e acte de liaison d'autres représentations psychiques avec le contenu des perceptions, c'est là un acte d'*association;* l'auteur montre que son observation permet de dissocier ces deux actes; on pourrait donc *a priori* distinguer trois variétés de cécité psychique : 1° C. P. purement d'association; 2° C. P. mixte, à la fois d'aperception et d'association; 3° C. P. purement d'aperception. Si on soumet à une analyse de ce genre le cas qui fait l'objet du présent travail, on constate que bien qu'il ne soit pas tout à fait pur ce sont les troubles d'*association* qui jouent ici le principal rôle. Au point de vue anatomique, l'auteur discute différentes hypothèses sur le siège des lésions qui donnent lieu à la cécité psychique ; ces lésions peuvent être *corticales* ou *transcorticales* (fibres d'association), dans l'un et l'autre cas les symptômes ne sont pas absolument identiques. A la fin du travail se trouve un essai de classification des erreurs de la vision dans la cécité psychique.

PIERRE MARIE.

I. — Ueber die frühzeitige Muskelatrophie bei der cerebralen Lähmung (De l'atrophie musculaire précoce dans la paralysie cérébrale), par Alex. BORGHERINI (*Deutsch Arch. f. klin. Med., XLV, p.* 371).

II. — De la névrite périphérique dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques, par J. DÉJERINE (*C. R. Soc. biol.*, 27 *juillet* 1889).

III. — Paralysie isolée du triceps huméral chez un malade ayant eu une paralysie spinale de l'enfance, par OPPENHEIM (*Berl. klin. Woch.*, *n°* 44, *p.* 965, 4 *novembre* 1889).

IV. — Myopathie progressive primitive, par J. GRASSET et BOURGUET (*Gaz. hebd. de Montpellier*, *n°* 18, 1889).

V. — Dystrophia muscularis progressiva, par RIEGEL (*Soc. méd. de Giessen*, 10 *janvier* 1889).

VI. — Myopathie primitive débutant à 55 ans chez une femme hystérique et syphilitique, par JOFFROY et ACHARD (*Arch. de méd. expérim.*, 1er *juillet* 1889).

VII. — Ueber das Vorkommen der Primitivefasern... (Présence de fibres primitives hypertrophiées dans des fragments musculaires enlevés à l'homme vivant), par H. OPPENHEIM et E. SIEMERLING (*Centralbl. f. die medic. Wissenchr.*, *n°s* 39-41, 1889)

I. — Un homme de 24 ans perd brusquement connaissance, le 22 décembre 1888; cette perte de connaissance est suivie dans la journée d'une hémiplégie gauche totale. Le 26 décembre, la motilité s'est un peu améliorée; mais il y a déjà de l'atrophie des membres paralysés. Le bras gauche mesure 22 cent. 5, celui du côté droit 24 centimètres, l'avant-bras gauche 24 centimètres, le droit 26; la cuisse gauche 47 centimètres, la droite 48; la jambe gauche 32 cent. 5, la droite 34. A la fin de janvier, l'hémiplégie était guérie et l'atrophie avait disparu.

Borgherini admet une hémorragie cérébrale au voisinage de la couche optique, vers la partie postérieure de la capsule interne. A. M.

II. — Déjerine a pratiqué l'autopsie de quatre hémiplégiques avec atrophie musculaire. Il n'a jamais rencontré d'altération des cellules des cornes antérieures : la moelle présentait simplement les lésions banales de la sclérose descendante du côté de l'hémiplégie.

Dans ces quatre cas, l'atrophie musculaire relevait manifestement d'une névrite diminuant d'intensité de la périphérie au centre (aussi les muscles de la main étaient-ils plus atrophiés que ceux de l'avant-bras). Il s'agissait bien de névrite motrice périphérique.

L'altération des cellules motrices, signalée par quelques auteurs dans l'atrophie musculaire des hémiplégiques, doit être regardée comme tout à fait exceptionnelle. On ne saurait donc faire rentrer cette atrophie dans les amyotrophies d'origine spinale. PAUL LOYE.

III. — Le malade d'Oppenheim eut, à l'âge de 3 ans, consécutivement à la rougeole, une paralysie atrophique du membre inférieur droit qui après l'avoir longtemps rendu impotent finit par guérir. Il y a deux ans, il remarqua que son membre inférieur droit redevenait plus faible, en même temps que le bras correspondant s'affaiblissait. Son métier de tisseur l'obligeait à la fois à manier une pédale avec sa jambe droite et à étendre vingt mille fois par jour, d'une façon brusque et énergique, son avant-bras droit.

A l'exploration, on constate une atrophie complète du triceps qui est complètement paralysé. Impossibilité d'étendre le bras; quand le bras est élevé, l'avant-bras obéit aux lois de la pesanteur. Le triceps ne réagit plus sous les courants électriques.

D'autre part, il reste de l'affection infantile, une atrophie paralytique des muscles du mollet et la totalité du membre correspondant a subi un arrêt de développement.

Dans la discussion, *Remak* fait remarquer que dans les paralysies

spinales des enfants comme des adultes, le triceps est rarement paralysé et en tout cas jamais paralysé seul. Aussi, au lieu de rapporter cette paralysie isolée à un foyer de myélite dans la substance grise antérieure, serait-il plutôt tenté d'en faire une affection professionnelle due à une névrite, ainsi qu'on en observe, par exemple chez les repasseuses, pour les muscles de l'éminence thénar et des doigts. J. B.

IV. — Homme de 30 ans, pas d'antécédents héréditaires ; sur dix frères et sœurs, trois frères sont atteints de la même affection. Début vers 15 ans, rien à la face ; la tête a une certaine tendance à se renverser en arrière. Aux membres et au tronc amyotrophies présentant la localisation ordinaire, avec prédominance sur les muscles de la ceinture pelvienne. Rétraction du biceps brachial, du psoas et des muscles antérieurs de la cuisse, et aussi au niveau du genou, un peu d'équinisme. La façon dont le malade se livre à la déambulation est minutieusement décrite « marche de crapaud ». Pas de réaction de dégénérescence. L'auteur fait suivre l'exposé de ce cas d'un certain nombre de considérations sur les différentes formes de myopathie et se rallie aux idées exprimées par Charcot sur ce point. P. MARIE.

V. — Riegel observe un garçon de 13 ans, malade depuis l'âge de 3 ans, et qui offre une combinaison remarquable de pseudo-hypertrophie des membres inférieurs et d'atrophie des muscles de la partie supérieure du corps (atrophie juvénile).

Atrophie des pectoraux, des trapèzes, des grands dorsaux, des biceps et des brachiaux internes ; hypertrophie des deltoïdes, des sus-épineux et des sous-épineux. A la jambe, hypertrophie des péroniers et des muscles des mollets, atrophie des muscles adducteurs de la cuisse.

Le sujet est, depuis un an, dans l'impossibilité de marcher ; depuis deux ans incapable de se tenir debout. Les mouvements des bras sont très limités. L. GALLIARD.

VI. — Dans le fait rapporté par Joffroy et Achard, il s'agit d'une lésion exclusivement musculaire, avec intégrité complète du système nerveux central et périphérique, y compris les petits nerfs intra-musculaires. L'affection débuta à l'âge de 55 ans, et en l'absence de tout antécédent héréditaire chez une femme hystérique et syphilitique. Elle évolua d'une façon progressive et suivit une marche ascendante, débutant par les membres inférieurs, envahissant ensuite le tronc et les membres supérieurs, sans avoir donné lieu, au moment de la mort, à aucun trouble fonctionnel du côté de la face. A. GILBERT.

VII. — Oppenheim et Siemerling ont remarqué que, d'une façon générale, les fibres musculaires primitives présentent un diamètre plus considérable sur des fragments musculaires pris sur le vivant que sur les fragments pris sur le cadavre. Cela paraît tenir à la contraction qui se produit sous l'influence de l'excision elle-même ou des réactifs employés. La fibre morte ne présente plus cette contractilité et par conséquent cette cause d'épaississement. Il faut tenir compte de cette cause d'erreur et ne pas attribuer trop d'importance aux prétendues fibres hypertrophiées lorsque les muscles examinés ont été pris sur le vivant. A. M.

I — **Ueber progressive neurotische Muskelatrophie, par J. HOFFMANN** (*Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkr.*, *XX*, *Heft* 3, *p.* 660).

II. — **Ueber einen komplicierten... (Cas compliqué de maladie neuro-musculaire), par KOBLER** (*Wien. med. Woch.*, *n°* 18-22, 1889).

III. — **Histologische Untersuchungen... (Examen histologique d'un cas de pseudo-hypertrophie des muscles), par PREISZ** (*Arch. f. Psych. u. Nervenkr.*, *XX*, *Heft* 2, *p.* 417).

I. — Sous le nom d'atrophie musculaire progressive neurotique, J. Hoffmann comprend une forme de dystrophie musculaire progressive qui, s'observant presque toujours chez plusieurs sujets de la même famille, se développe sous l'influence de l'hérédité morbide dans le jeune âge, et présente une évolution bien caractéristique. Les altérations musculaires débutent par les membres inférieurs, par les petits muscles des pieds qui sont frappés d'atrophie. Celle-ci gagne ensuite les muscles des jambes, mettant une année et plus à remonter jusqu'aux genoux. A ce moment, l'atrophie se montre aux membres supérieurs, où elle s'étend également des extrémités vers les racines. A la période d'état, les malades se présentent sous l'aspect suivant : jambes très grêles, pied varus ou équin-varus, mains atrophiées, avec ou sans la déformation des doigts en griffes, avant-bras un peu amincis. Développement normal des cuisses et des bras.

L'atrophie musculaire évolue symétriquement, elle ne s'accompagne jamais de l'hypertrophie de certains muscles ou portions de muscles. Elle entraîne une paralysie proportionnelle à l'intensité de la fonte du tissu musculaire. Les os ne sont pas arrêtés dans leur développement. Il n'y a pas de contractures, ni de phénomènes spasmodiques, aux membres envahis par l'atrophie, mais seulement des tremblements fibrillaires, quelquefois aussi un léger tremblement des muscles de la face.

L'excitabilité mécanique des muscles diminue en proportion de leur atrophie. Il en est de même de l'intensité des réflexes tendineux. L'excitabilité galvanique et faradique des muscles et de leurs nerfs diminue jusqu'à disparaître. A l'exploration de certains muscles on constate les signes de la réaction de dégénérescence. Quelquefois il existe des troubles subjectifs et objectifs de la sensibilité. Les troubles vasomoteurs font habituellement défaut.

Après avoir fait le diagnostic différentiel avec les autres atrophies progressives, Hoffmann, s'appuyant sur des faits rapportés par Freidreich, Virchow et Gombault, admet la pathogénie suivante :

Dégénération ascendante des nerfs périphériques moteurs et sensitifs.

Dégénération des racines antérieures et postérieures. Dégénération des cordons postérieurs au niveau des lombes ; plus haut, dégénération exclusive des cordons de Goll.

Atrophie et disparition des cellules ganglionnaires multipolaires des colonnes antérieures ; altérations musculaires. RICKLIN.

II. — Kobler présente l'histoire d'un enfant qui eut, à l'âge d'un an, une paralysie du bras droit qui se localisa plus tard aux muscles de l'épaule. Aujourd'hui, âgé de 8 ans et demi, il a une atrophie complète du muscle deltoïde biceps et coraco-brachial ne réagissant nullement sous l'influence de l'électricité ; les muscles trapèze, rhomboïde, grand dorsal sont un peu amaigris, mais se contractent encore ; tous les autres muscles du bras droit sont normaux.

D'autre part, à l'âge de 3 ans, cet enfant présenta ce phénomène singulier que sa cuisse augmenta de volume sans qu'il y eût diminution de la force musculaire ; la démarche devint anormale, rappelant celle des individus atteints de pseudo-hypertrophie. Enfin ce malade présente maintenant aux membres inférieurs une exagération des réflexes, du tremblement avec augmentation de la tonicité musculaire.

On peut, dans ce cas, reconnaître quatre types de maladies différentes : à l'âge d'un an, myélite antérieure aiguë, suivie d'une atrophie

musculaire à marche rapide; puis hypertrophie vraie des muscles de la cuisse droite qu'on peut considérer comme une myopathie primitive; enfin phénomènes d'excitation qui relèvent certainement d'une maladie de la moelle.

Pour l'auteur, l'appareil moteur, depuis les cellules nerveuses jusqu'aux fibres musculaires, est un appareil uni par les liens les plus étroits, rien d'étonnant à ce que la même maladie se porte sur des points différents, éloignés les uns des autres. BARBE.

III. — L'observation de Preisz concerne une jeune fille qui présenta les premiers symptômes de la paralysie pseudo-hypertrophique aux jambes, à l'âge de 15 ans, et qui succomba à l'âge de 23 ans; les membres supérieurs avaient été également envahis.

L'examen histologique des muscles lésés a fait voir que les altérations consistaient surtout dans l'atrophie simple. Sur certaines fibres, l'atrophie était distribuée très inégalement, et par places il existait des productions variqueuses, avec dilatations en forme d'ampoules, qui logeaient jusqu'à 20 noyaux musculaires. Indépendamment de l'atrophie simple, certaines fibres présentaient les altérations de la dégénérescence granuleuse; les gaines de sarcolemme étaient remplies de noyaux, dont la majeure partie provenait de la prolifération des noyaux musculaires. L'atrophie séreuse et la dégénérescence granuleuse parenchymateuse ne se rencontraient que sur un petit nombre de fibres. Dans quelques-uns des muscles atrophiés, on découvrait des fibres qui étaient en état d'hypertrophie très prononcée (80-117 μ). Les altérations interstitielles consistaient dans une prolifération des éléments du perimysium interne.

L'intérêt du cas réside dans la constatation de lésions de la moelle. Dans la portion dorsale, sur des coupes transversales, le tissu nerveux était en grande partie détruit par des foyers hémorragiques de dimensions variées; à un certain niveau, la substance grise était désorganisée en totalité, sauf la partie la plus avancée de la corne antérieure gauche. Un grand nombre de cellules ganglionnaires étaient atrophiées. Les cellules de la névroglie paraissaient être augmentées de nombre; les fibrilles nerveuses étaient détruites en partie. Dans les faisceaux pyramido-latéraux, beaucoup de cylindraxes étaient épaissis.

Ce fait vient à l'encontre de la théorie acceptée par la plupart des neurologistes et qui rattache la paralysie pseudo-hypertrophique aux myopathies primitives. L'auteur se rallie à l'opinion soutenue jadis par Friedreich : la paralysie pseudo-hypertrophique ne serait qu'une modalité (infantile) de l'atrophie musculaire progressive. E. RICKLIN.

Apoplexie périphérique ou névrite apoplectique du plexus brachial, par DUBOIS (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 1, *p.* 9, 1er *janvier* 1890).

Dubois présente un forgeron, âgé de 61 ans, sans autres antécédents morbides que quelques douleurs rhumatoïdes. Après une journée de repos, il se déshabillait pour se coucher, lorsque brusquement, son bas droit tomba inerte, comme s'il avait été frappé d'apoplexie. En même temps, douleurs très intenses dans l'épaule et le reste du membre; puis gonflement de la main et du bras qui fit croire à un phlegmon. Au bout de trois semaines diminution des douleurs, sans modification de la paralysie.

Lorsque Dubois vit le malade, c'est-à-dire dans le quatrième mois, il existait une atrophie considérable du membre et tous les muscles animés par les nerfs médian, cubital, radial et musculo-cutané étaient paralysés; le deltoïde seul n'était que légèrement paralysé. La sensibilité sur le territoire des quatre nerfs était absolue. Les doigts étaient cyanosés. Tous les muscles paralysés offraient la réaction complète de dégénérescence.

Dans son travail sur les polynévrites, Déjerine a publié un fait semblable. J. B.

I. — Ein Fall von akuter multipler Neuritis im Geleit einer croupösen Pneumonie (Polynévrite aiguë au cours d'une pneumonie fibrineuse), par H. OPPENHEIM (*Charité Annalen, p.* 405, 1889).

II. — Ein Fall von Alkoolneuritis... (Névrite alcoolique avec myosite interstitielle), par SIEMERLING (*Ibidem, p.* 443, 1889).

I. — Un cocher, alcoolique, entre à l'hôpital au 5e jour d'une pneumonie du lobe moyen droit et d'une partie du lobe supérieur. Absence des réflexes rotuliens. Hyperesthésie des mollets, paralysie des muscles extenseurs du pied presque complète ; douleur à la pression sur le trajet du nerf péronier et du tibial postérieur, diminution de l'excitabilité des muscles innervés par ces nerfs.

A l'autopsie, on constate la pneumonie fibrineuse. La moelle était normale macro et microcospiquement. Les troncs nerveux, le crural, le péronier étaient également normaux. Un rameau du tibial postérieur présentait des lésions évidentes de névrite parenchymateuse ; en dehors de ce rameau, pas de lésion des nerfs examinés.

L'auteur admet que chez un alcoolique prédisposé la pneumonie, par voie toxique sans doute, a agi sur des nerfs déjà atteints par l'alcool.

II. — Une femme de 51 ans, manifestement alcoolique, éprouve depuis plusieurs années de la faiblesse dans les jambes. Plus tard de l'œdème. Au moment de l'entrée, parésie des membres inférieurs moins marquée aux membres supérieurs ; absence des réflexes rotuliens. Sensibilité douloureuse à la pression au niveau des gros troncs nerveux, cubital, radial, péronier et des muscles du mollet. Réaction de dégénérescence. Mort par pleurésie.

L'examen microscopique ne montre aucune lésion du côté de la moelle, au contraire, les nerfs périphériques et les muscles ont subi un degré avancé de dégénérescence.

Ce qu'il y a d'intéressant dans ce cas, c'est moins le fait connu de la névrite alcoolique, que l'existence des lésions musculaires : disparition de la striation dans la plupart des faisceaux, dégénérescence graisseuse ou granuleuse des fibres avec prolifération du tissu conjonctif interstitiel. Les faisceaux sont d'un diamètre très différent. Entre le sarcolemme et la substance musculaire on trouve assez souvent des noyaux et des amas granuleux ; quelques gaines de sarcolemme sont complètement vides ; les noyaux sont en voie de prolifération. Ces lésions sont au maximum dans le gastrocnémien et l'extenseur commun des orteils. A. MATHIEU.

Beitrag zur Ætiologie und Pathologie der multiplen Sklerose des Hirns und Rückenmarks (Contribution à l'étude de l'étiologie et de la pathologie de la sclérose en plaques cérébro-spinale), par O. BUSS (*D. Arch. klin. Med., Band XLV, p.* 555).

L'auteur rapporte l'observation fort curieuse d'un malade chez lequel les symptômes de la sclérose en plaques débutèrent brusquement à la suite d'un refroidissement. Il survint en même temps de l'hémoglobinurie. Des crises semblables avec frissons, élévation de température, hémoglobinurie, puis aggravation des phénomènes spinaux se montrèrent à plusieurs reprises sous l'influence de la même cause, du froid ; l'une d'elle fut amenée sans doute par l'absorption de 41 pilules suisses qui renfermaient probablement environ 0gr,80 d'aloès. L'aloès serait un toxique capable de produire l'hémoglobinurie, et ici encore, il y aurait corrélation entre l'accentuation des manifestations spinales et l'hémoglobinurie. Dans cette observation, il faut remar-

quer encore, au point de vue clinique : l'absence du tremblement dans les mouvements volontaires, de la parole scandée, l'apparition aiguë de paralysie de la vessie et du rectum et de paraplégie précisément après l'absorption des pilules suisses. Il survint du décubitus après une crise d'hémoglobinurie. Au point de vue anatomo-pathologique, on peut faire remarquer la coïncidence de foyers de sclérose et de traces d'une myélite aiguë avec dégénérescence secondaire, l'existence de foyers de sclérose multiple d'âge différent et enfin, la localisation de ces foyers au pourtour des veines. A. MATHIEU.

I. — Untersuchungen über die bei der multiplen Herdsklerose vorkommenden Augenstörungen (Troubles oculaires survenant au cours de la sclérose en plaques), par W. UHTHOFF (*Arch. f. Psych., XXI, fasc.* 1 *et* 2, *p.* 55 *et* 303, 1889).

II. — Weitere Notizen zur Pathologie der disseminirten Sklerose, par H. OPPENHEIM (*Charité Annalen, p.* 412, 1889).

III. — Ueber einen diagnostisch unklaren Fall von Erkrankung des Nervensystems (Maladie nerveuse de diagnostic incertain), par WESTPHAL (*Ibidem, p.* 370, 1889).

IV. — Zwei Fälle von amyotrophische Lateralsklerose, par Hermann RISSE (*D. Arch. f. kl. Med., XLIV, p.* 523).

V. — Ein Fall von Syringomyelie, par GYURMAN (*Wien. med. Presse, n°* 33, *p.* 1316, 1889).

I. — Les conclusions de la première partie (anatomo-pathologique) sont les suivantes : Il peut exister dans la sclérose en plaques une névrite optique manifeste se distinguant des autres inflammations du nerf optique par des caractères très nets. La névrite optique de la sclérose en plaques peut être considérée comme un moyen terme entre l'atrophie primitive du tabes d'une part, et l'atrophie névritique interstitielle proprement dite, d'autre part. Dans la sclérose en plaques, le processus pathologique semblerait débuter dans le territoire des fins éléments conjonctifs qui entourent les fibres nerveuses au niveau des mailles les plus larges, avec prolifération nucléaire active; en second lieu, ces processus actifs de prolifération peuvent se porter sur les septa plus volumineux et sur la gaine interne du nerf optique. L'atrophie de la substance nerveuse n'est donc dans cette maladie que secondaire. Souvent il y a une localisation manifeste des lésions autour des vaisseaux, mais sans qu'on puisse dire exactement si l'altération vasculaire est primitive ou secondaire. Il n'y a pas ou presque pas de dégénération secondaire des fibres du nerf optique, de telle sorte que lors même que des altérations rétrobulbaires considérables existent, on peut voir la papille se montrer presque normale soit à l'ophtalmoscope, soit sur des coupes microscopiques.

Dans la seconde partie (clinique) l'auteur étudie les résultats fournis par l'*examen ophtalmoscopique* et montre que si la décoloration des papilles dans la sclérose en plaques a une haute importance, son degré ne peut nullement renseigner sur celui de la lésion du nerf optique. L'*examen de la vision* montre, dans certains cas, des scotomes centraux, dans d'autres un rétrécissement périphérique plus ou moins régulier avec vision centrale relativement bonne, ou bien un rétrécissement concentrique régulier. Le début du trouble visuel est assez souvent rapide

ou même brusque; on observe assez souvent ensuite une amélioration qui peut être considérable; l'auteur entre dans des détails intéressants sur les modalités cliniques de ces troubles de la vision, et dans un chapitre spécial compare ceux-ci avec ceux qui s'observent dans diverses affections du nerf optique.

Quant aux *paralysies des muscles de l'œil*, il les a observées dans 17 0/0 des cas. On rencontre par ordre de fréquence : la parésie du moteur oculaire externe (6 cas); celle de l'oculo-moteur commun (3 cas); parésie des mouvements associés de l'œil (paralysies du regard) (3 cas); parésie de la convergence dans 3 cas; ophtalmoplégie externe prononcée dans 2 cas.

Le *nystagmus* vrai fut observé dans 12 0/0 des cas; des secousses dans le genre du nystagmus dans 46 0/0; soit la présence de ce phénomène dans 58 0/0 des cas. Quant aux *troubles pupillaires* il a constaté dans 1 0/0 des cas l'immobilité réflexe, dans 4 0/0 le myosis avec réaction conservée, mais très faible; dans 1 0/0 la réaction à la lumière très diminuée sans myosis; dans 3 0/0 une différence accentuée dans la largeur des pupilles; dans 2 cas une faible réaction à la convergence alors que la réaction à la lumière était relativement bonne. Dans un dernier chapitre, Uhthoff exprime quelques idées générales sur les lésions et la nature des troubles oculaires de la sclérose en plaques. PIERRE MARIE.

II. — *a*) *Troubles vésicaux*. Contrairement à l'opinion classique, Oppenheim pense que les troubles vésicaux font partie de l'ensemble symptomatique habituel de la sclérose en plaques. Le plus souvent, toutefois, il s'agit de phénomènes intermittents et passagers. Suit une observation à l'appui.

b) *Rire forcé*. Le rire forcé, involontaire (Zwangslachen) à des degrés divers, fait partie des symptômes de la sclérose en plaques. Ce rire sans cause ne correspond pas à la déchéance intellectuelle. Chez un malade, Oppenheim a constaté des accès véritablement pénibles par leur violence. Ils amenaient de la cyanose au visage et un véritable état d'épuisement.

c) *Modes de la démarche*. On peut distinguer dans la sclérose en plaques des modes différents de la démarche :

1° La démarche parétique et spastique;

2° La démarche purement ataxique;

3° La démarche à la fois spastique, parétique et ataxique;

4° La démarche chancelante due au vertige qui peut se combiner aux précédentes de façon à constituer une forme mixte;

5° La démarche oscillante. Quelquefois le tremblement de la tête et du tronc détermine des oscillations qui rendent la marche difficile, et quelquefois même impossible. A. MATHIEU.

III. — Un alcoolique de 28 ans présente de l'enflure des membres inférieurs, puis des membres supérieurs; grande faiblesse des jambes rendant la station impossible. Quatre mois plus tard l'enflure des membres inférieurs est énorme; œdème marqué du dos des mains et de la première phalange, moins marqué de la seconde, nul de la troisième. L'abduction du bras ne peut dépasser un angle de 45°; la flexion des articulations phalangiennes et métacarpo-phalangiennes est impossible. Rien au cœur, pas d'albuminurie. La face est énorme, sans ride, sans jeux de physionomie. Le malade présente un degré considérable d'obésité. Contractilité électrique diminuée dans le deltoïde, le biceps, le long supinateur; réaction de dégénérescence dans les muscles de l'avant-bras et

de l'éminence thénar. Pas de contraction musculaire dans les muscles des jambes, sous l'influence de courants faradiques intenses. Intelligence très abaissée. Westphal n'ose poser aucun diagnostic; il avait pensé au myxœdème, puis il a renoncé à cette idée; il fait remarquer seulement qu'il s'agit d'un alcoolique qui paraît avoir de la névrite alcoolique des membres inférieurs. A. MATHIEU.

IV. — 1° Femme de 36 ans; début de la maladie par de la faiblesse du pouce gauche, puis du pouce droit, puis des membres supérieurs, enfin plus tardivement des membres inférieurs. Le bras droit, le premier atteint, s'atrophie et devient impotent. Deux ans après le début de la maladie, paralysie à peu près complète des membres supérieurs et inférieurs, atrophie très marquée des deux bras, des muscles du cou et du thorax. Parmi les nerfs craniens, l'hypoglosse, le facial inférieur, et peut-être le moteur oculaire externe et l'oculo-moteur commun sont intéressés. Depuis quelques semaines, il y a un peu de trouble de la parole. Les réflexes tendineux sont partout plus ou moins augmentés. A la jambe gauche, il y a contracture avec extension. Jusqu'à la mort qui survint après trois ans de maladie, on constata seulement des troubles plus accentués de la parole, de la faiblesse du diaphragme et des muscles inspirateurs.

A l'autopsie, dégénérescence très marquée des faisceaux pyramidaux, depuis les pédoncules cérébraux. Il y avait aussi dégénérescence des grandes cellules des cornes antérieures, surtout au niveau de la moelle cervicale. Au-dessous, les lésions étaient beaucoup moins marquées. Elles atteignaient, au contraire, leur maximum au niveau des noyaux de l'hypoglosse. Les noyaux des septième et onzième nerfs étaient également lésés.

Risse se base sur ce fait que les faisceaux pyramidaux étaient atteints sur toute leur étendue, et sur ce qu'au contraire les cornes antérieures n'étaient très malades que dans une région restreinte de la moelle pour admettre que le faisceau pyramidal avait été le premier intéressé.

2° La seconde malade, âgée de 49 ans, présentait surtout des phénomènes de paralysie bulbaire, avec un peu de parésie et d'atrophie des bras et des jambes. Les réflexes tendineux étaient exagérés sur certains points, normaux sur d'autres; sensibilité intacte; pas de troubles de fonctionnement de la vessie ni du rectum. Le faisceau pyramidal est atteint comme dans le cas précédent, mais d'une façon moins intense. Les cornes antérieures étaient moins lésées que le faisceau; ici encore c'est par celui-ci que la maladie paraît avoir débuté. A. MATHIEU.

V. — Homme de 24 ans, journalier. Début de la maladie, en 1886, par une sensation bizarre : il lui semblait avoir le bras gauche entouré de glace; puis, survinrent des douleurs et de l'engourdissement. Bientôt les muscles de l'épaule et du bras s'atrophièrent et s'affaiblirent; la main devint inhabile à tenir les objets et s'œdématia.

Un an plus tard, en automne 1887, mêmes phénomènes au membre supérieur droit. Au mois de décembre impossibilité d'accomplir le moindre travail, mais les membres inférieurs étaient indemnes, la marche restait normale. A la fin de 1888, les jambes commencèrent à être envahies.

Le 13 juin 1889, l'auteur constate que le sujet est pâle, anémique, qu'il a au cou des ganglions tuméfiés. La tête est penchée en avant et ne peut se redresser d'une façon complète; il y a de plus une légère scoliose. Les omoplates sont éloignées du tronc. Les bras ne peuvent être élevés. Les avant-bras exécutent les mouvements d'extension et de flexion, mais les muscles sont faibles. Les mouvements de flexion des doigts sont limités; de même l'abduction et l'adduction. La marche est difficile; ici la paralysie est peu accentuée.

Du côté des membres inférieurs, peu d'atrophie, sauf aux mollets. Au con-

traire, les pectoraux, les deltoïdes droit et gauche, les trapèzes, les sus et sous-épineux sont manifestement atrophiés. Les muscles du membre supérieur gauche ont souffert plus que ceux du membre droit; cela est vrai pour le bras, l'avant-bras, les éminences thénar et hypothénar, les interosseux. C'est là que les contractions fibrillaires se manifestent le plus nettement. Pas de contracture. Les réflexes tendineux sont exagérés, surtout à gauche ; le phénomène du pied, très marqué à gauche, est faible à droite.

Troubles de la coordination : le malade perd facilement l'équilibre; il peut à peine se tenir sur un pied; les yeux fermés, il chancelle et tombe. L'ataxie des membres supérieurs est plus prononcée encore; la main ne peut trouver le nez ou l'oreille si les yeux sont clos. La notion de position des membres est abolie.

Anesthésie au niveau de la nuque, des épaules et des membres supérieurs; là aussi la thermœsthésie fait défaut et les impressions douloureuses ne sont pas perçues.

Pas de modifications de l'excitabilité électrique, même dans les muscles atrophiés. Pas de réaction de dégénérescence.

Les sens spéciaux sont intacts. Les fonctions psychiques sont respectées.

La seule affection qu'on puisse admettre ici, est la syringomyélie; seulement ce n'est pas précisément la forme classique. L. GALLIARD.

Case of primary athetosis, par Alex. MAC ALDOWIE (*Brain, p.* 228, *juillet* 1888).

Mme P..., âgée de 62 ans, s'aperçoit depuis quelques semaines de fourmillements dans la main gauche : puis, il y a dix jours, éprouve une douleur vive à la région pariétale droite. Quelques jours après, développement de mouvements spasmodiques à la main gauche et au bras exclusivement. Ce sont des mouvements lents, rythmiques, qui occupent de préférence les trois doigts internes, et les font passer de la flexion avec contracture à l'extension exagérée ; puis le spasme gagne le bras, qui se met en extension et en supination forcée : après quoi les mouvements inverses de flexion avec contracture se reproduisent régulièrement. Il est à noter que le pouce et l'index échappent presque complètement à ces mouvements cycliques. La volonté peut atténuer ces spasmes dans une certaine mesure. Les réflexes sont exagérés.

Traitement : Bromure de potassium, arsenic, sangsues derrière l'oreille droite. Guérison progressive en trois semaines.

L'auteur localise ce trouble fonctionnel dans une irritation des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. H. R.

Sur le vertige paralysant, par PÉGAITAZ (*Revue médic. Suisse romande, IX,* 734, *novembre* 1889).

En 1881, Pégaitaz soigne un vacher fribourgeois, âgé de 25 ans, travaillant dans un chalet situé à une altitude de 1,200 mètres. Ce malade était atteint de tous les symptômes du vertige paralysant décrit antérieurement (en 1887) par Gerlier. Six autres personnes des deux sexes furent atteintes dans le même chalet. Cette maladie n'étant pas encore connue, Pégaitaz la considéra comme une névrose et obtint un bon résultat avec une médication bromurée.

Cette année-ci, il a observé les premiers cas de cette entité morbide qui se seraient produits, à sa connaissance, dans la Gruyère. Dans une famille composée du père, âgé de 80 ans, de la mère de 60, du fils de 31 et de la fille de 30 ans, trois personnes furent atteintes successivement : d'abord le fils, puis le père et enfin la fille. Les symptômes principaux : douleurs à la nuque, obnubilation de la vue (plutôt que vertiges) et parésie musculaire ont été nettement observés. Ces diverses manifestations passagères et l'efficacité réelle du bromure font supposer qu'il s'agit de troubles fonctionnels vaso-

moteurs du système cérébro-spinal rappelant sous plusieurs rapports une forme du scotome scintillant.

Eperon, qui a examiné à l'ophtalmoscope le jeune homme, a constaté la stase papillaire qui lui fait supposer une hyperémie méningée. Il considère cette affection passagère comme étant sous l'influence de la paralysie momentanée des vaso-moteurs. (*R. S. M.*, XXXV, 171.) J. B.

Des contractures hystériques dites spontanées, par PITRES (*Journ. de méd. de Bordeaux, avril* 1889).

Les contractures hystériques dites spontanées, peu différentes par leur symptomatologie et leur pathogénie des contractures artificiellement provoquées, surviennent, ou à la suite d'une attaque convulsive, ou bien sous l'influence d'une émotion morale, ou plus fréquemment à la suite d'un traumatisme, ainsi que le prouvent plusieurs faits (Brodie, Lasègue, Ballet, Brunet, Debove). Elles peuvent siéger sur tous les muscles de la vie de relation, tantôt localisées, tantôt plus ou moins généralisées. Leurs symptômes, qui sont ceux des contractures expérimentales, peuvent se compliquer d'hyperalgésie articulaire, d'atrophie des muscles et d'œdème du tissu cellulaire sous-cutané, ce qui peut exposer à des erreurs de diagnostic ; il est donc important d'en être prévenu. Le pronostic est exactement le même que celui des paralysies hystériques. On les traitera par l'insufflation sur la peau, la malaxation et l'électrisation des muscles, la compression des ovaires, l'excitation du creux épigastrique, et, en cas d'insuccès, par les applications métalliques, et même les expédients de la thérapeutique d'imagination.

OZENNE.

Tetany, par James STEWART (*Americ J. of the med. sc., p.* 549, *décembre* 1889).

La tétanie chez l'adulte diffère par son intermittence de celle de l'enfance, qui est continue jusqu'à ce que la guérison s'établisse.

Son intensité varie d'un moment à l'autre, mais elle ne disparaît jamais complètement.

Les contractures de l'enfance paraissent, dans le plus grand nombre des cas, dues à une cause cérébrale et l'éclampsie en est une très fréquente conséquence. Les mêmes causes, sans aucun doute, doivent agir chez l'adolescent, mais ce qu'il faut retenir c'est qu'elles sont très rares et que ce serait une erreur de dire que tout cas dans lequel se montreraient des contractures est un cas de tétanie.

Les expériences sur les animaux montrent que tous les cas de tétanie dépendent d'un état constant du système nerveux, qui le rend apte à réagir énergiquement sous l'influence des causes extérieures. Dans la grande majorité des cas, l'organisme avait été épuisé par une cause débilitante antérieure. Sans aucun doute une irritation périphérique joue un rôle actif dans la grande majorité des cas. Müller rapporte deux cas de tétanie survenus pour une dilatation simple de l'estomac et à l'autopsie on ne trouva autre chose qu'une torsion de l'organe sur son axe.

L'auteur termine en disant qu'il est impossible, étant donnés les faits qu'il a examinés, de supposer même que la tétanie est due à l'absorption de produits septiques. F. VERCHÈRE.

Tetany, par STEWART (*New York med. record, p.* 349, 28 *septembre* 1889).

Homme de 40 ans, ancien soldat, sujet depuis dix ans à des attaques de tétanie.

Il souffre de dysenterie chronique et d'accès paludéens depuis des années. Exagération du réflexe patellaire pendant les attaques, abolition entre les attaques, œdème des mains et éruptions herpétiques après les forts accès. Augmentation de l'urée aux mêmes moments. Cet état dure depuis 3 ans.

A ce propos, l'auteur considère quatre variétés de tétanie :

La tétanie rhumatismale, fréquente en Europe, est bénigne.

La tétanie par débilitation, lactation, diarrhée chronique, guérit bien.

La tétanie consécutive à l'ablation du corps thyroïde est chronique et fatale.

La tétanie par dilatation de l'estomac est toujours mortelle. P. DUFLOCQ.

I. — The pathological anatomy of chorea. A case with autopsy, par DANA (*New York med. record, p.* 437, 19 *octobre* 1889).

II. — Some observations of the hereditary form of chorea with the report of a case (Quelques réflexions à propos d'un cas de chorée héréditaire), par Théodore DILLER (*The Americ. j. of the med. sc., p.* 585, *décembre* 1889).

I. — Il s'agit d'un jeune Suisse de 18 ans atteint de chorée depuis 12 ans ; dans ces derniers temps il s'est surajouté des attaques d'épilepsie. La chorée était forte. Parole lente et saccadée ; comprend bien les questions. Mort de pneumonie.

Autopsie : Pie mère épaisse, non adhérente. La surface du cerveau est saine, sauf un peu de ramollissement dans les régions temporales.

Le cerveau est congestionné, nulle part d'hémorragie. On conserve pour examiner au microscope la région motrice, le corps strié, le bulbe, le thalamus, la moelle et des nerfs. Il y a un certain degré de lepto-méningite ; la substance grise est congestionnée : quelques cellules en dégénérescence pigmentaire. Les vaisseaux sont un peu épaissis et distendus par le sang ; il n'y a pas d'endartérite. On ne trouve pas de corps colloïdes. A la base du lobe temporal il y a une inflammation des méninges, la substance blanche ressemble à un gâteau de miel; il y a prolifération des cellules de la névroglie. Même disposition du thalamus et de la partie antérieure du noyau caudé, ce qui tient à la dilatation des vaisseaux. La portion lenticulaire de la capsule interne est très altérée; les vaisseaux sont dégénérés, les fibres nerveuses sont molles et désorganisées.

La moelle est très congestionnée; de nombreux vaisseaux apparaissent distendus, surtout sur les vaisseaux latéraux. Dans la moelle lombaire il y a un double canal et même pendant un court trajet un triple canal.

Le cervelet semble sain.

Pour l'auteur, l'étiologie se résume en la réunion de ces trois faits : une histoire névropathique, de l'hyperémie cérébrale et un état anormal du sang. P. DUFLOCQ.

II. — Hunch B..., 47 ans, mère de 4 enfants, est amenée le 9 juillet 1888 à l'asile des aliénées. Depuis 8 ans, elle est atteinte de danse de Saint-Guy. Tendances au suicide ; a tenté d'empoisonner des femmes de son voisinage. Autrefois d'un naturel aimable, elle est devenue irritable, colère, et même dangereuse pour elle-même et pour son entourage.

A son entrée elle présente l'aspect d'une mélancolique. Mouvements

choréiques de la face, du cou, des bras, des jambes et du tronc. Lorsqu'elle est au repos, assise ou couchée, l'intensité des mouvements est très atténuée. Les muscles du cou semblent seuls conserver leurs mouvements.

L'excitation mentale ou l'exercice physique paraît augmenter considérablement les symptômes. Le moindre effort pour prendre un objet les exaspère; mais la volonté peut, dans une large mesure, les modérer. Aucun mouvement pendant le sommeil.

Elle est la quatrième enfant sur 9 frères et sœurs; tous adultes et dont 4 ont été choréiques, 2 sœurs et 2 frères. Le père de ces enfants, 2 tantes paternelles et 2 oncles paternels ont eu la danse de Saint-Guy pendant plusieurs années. Sans aucun doute, le grand-père de B... était aussi choréique.

Un des enfants de B... a eu une attaque de chorée à l'âge de 8 ans, qui dura 2 mois. Les oncles et les tantes de B..., qui étaient choréiques, tous mariés, ont eu des enfants, mais sans qu'il soit démontré qu'aucun ait eu la chorée.

9 des enfants des 4 frères et sœurs choréiques de B... ont eu la même affection, mais ils ont tous au-dessous de 25 ans.

En résumé, dans cette famille, il y a eu 11 cas de chorée en 3 générations ou 12 cas en 4 générations, dans lequel rentre le cas de l'enfant de B..., qui, on l'a vu, a eu la chorée suivant la marche ordinaire de la chorée de l'enfance.

L'auteur conclut que la chorée héréditaire et la chorée de l'enfance ne sont que deux formes d'une même maladie. F. VERCHÈRE.

Deux cas d'acromégalie, par SCHULTZE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38, *p.* 845 *et* 846, 23 *septembre* 1889).

1er *cas*. Le malade présenté par Schulze offre un volume considérable des os et des parties molles aux mains et aux pieds; au niveau des jambes, il a en outre un épaississement de la peau, des varices et un peu d'œdème.

En outre, les articulations des mains et des doigts sont atteintes d'arthrite déformante.

2e *cas*. Outre l'augmentation de volume caractéristique des mains et des pieds, il existe aussi un développement anormal du crâne, du maxillaire inférieur, des lèvres, du nez, des oreilles et des amygdales. La phalange terminale des gros orteils se fait surtout remarquer par sa grosseur colossale.

Il y a en outre une grande quantité de chéloïdes sur la peau du tronc et des membres.

Enfin, il subsiste des vestiges d'une hémiopie temporale que, dans les circonstances présentes, on est en droit de rapporter à une tumeur de l'hypophyse cérébrale.

Il existe de la matité à la partie supérieure du sternum que, si elle ne tient pas à un épaississement de l'os, l'on pourrait imputer à une hypertrophie du thymus persistant.

Rien d'anormal au niveau du corps thyroïde.

Thorax très développé. Le malade pèse 230 livres. J. B.

I. — Des anomalies du type fébrile dans la pneumonie fibrineuse, par BERTRAND (*Revue de médecine*, *p.* 561, *juillet* 1889).

II. — Ueber austeckende Formen von Lungenentzündung (Pneumonies contagieuses), par MOSLER (*Deutsche med. Woch.*, 28 *mars* 1889).

I. — A côté du type subcontinu qui est le type fébrile ordinaire de la pneumonie franche, on peut observer parfois, sans que l'impaludisme soit

en cause, deux autres types fébriles; l'intermittent et le rémittent. Ces anomalies déjà signalées d'ailleurs par Jaccoud et par Pageault tiennent à ce que le processus inflammatoire pulmonaire procède alors par poussées successives. Ces formes de pneumonie guérissent parfaitement sans l'intervention du sulfate de quinine, ce qui doit empêcher de les confondre au point de vue nosologique avec l'accès palustre à détermination pulmonaire. C. GIRAUDEAU.

II. — Un ouvrier, âgé de 60 ans, meurt dans son domicile, à Greifswald, le 22 janvier 1889, au 5e jour d'une pneumonie aiguë. Le jour de sa mort, sa femme a un frisson et un point de côté et meurt de pneumonie le 5e jour. Pas d'autopsie.

Le fils (25 ans) qui a visité souvent ses parents pendant leur maladie, est atteint le 28 janvier de pneumonie, il meurt le 12e jour.

La fille (23 ans) vient à Greifswald le 22 janvier, jour de la mort de son père, reste plusieurs heures dans la chambre et soigne le mourant; elle reste trois jours dans la maison puis retourne à Arendsee. Là, elle est prise le 29 janvier d'un grand frisson et d'une vive douleur au côté; elle est amenée, le 30 janvier, à la clinique de Greifswald où on constate une pneumonie de la base gauche. Elle guérit et quitte l'hôpital le 2 mars.

Les résultats bactériologiques sont importants. Dans le liquide pris au sein du foyer pneumonique et examiné par Löffler, on a vu non pas les bacilles connus de la pneumonie mais des bâtonnets analogues à ceux de la septicémie du lapin. L. GALLIARD.

I. — Beiträge zur Ætiologie und Therapie der primæren Pleuritis, par A. EUGSTER (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLV, p.* 189).

II. — Zur Casuistik und Behandlung der Empyeme (Etude clinique et traitement de l'empyème), par RENVERS (*Charité-Annalen, p.* 188, 1889).

III. — Ueber Pyothorax subphrenicus, par SCHEURLEN (*Charité-Annalen, p.* 158, 1889).

I. — Le travail statistique d'Eugster est basé sur l'étude des 163 cas de pleurésie primitive observés à Zurich dans le service d'Eichhorst de 1878 à 1887.

Quelle est la fréquence et la répartition de la pleurésie comparée à la pneumonie? Pour 163 cas de pleurésie, on a observé 491 cas de pneumonie. La pleurésie a eu son maximum de fréquence en avril (25 cas) et en janvier (19 cas); le plus grand nombre des cas de pneumonie s'est présenté en mars, mai et avril (88,73 et 64 cas.) Le minimum des cas de pleurésie est en novembre et décembre; à ce moment il y a, au contraire, une certaine recrudescence de cas de pneumonie.

Quant aux causes de la pleurésie, elles se sont réparties ainsi :

Refroidissement à un jour donné, 10 pleurésies exsudatives; 2 pleurésies sèches.

Refroidissement en général.....	19. P. E.
Surmenage	4. P. E.
Traumatisme.....	1. P. E.
Pneumonie antérieure.....	15. P. E. 1 P. S.
Pleurésie antérieure	17. P. E. 1 P. S.
Consécutivement à un accouchement	2. P. E.
Pas de cause connue.....	58. P. E. 11 P. S.
Antécédents tuberculeux.....	21. P. E. 1 P. S.

Sur 163 cas, la pleurésie a été sèche 16 fois. — Dans les 147 cas, où il y a eu épanchement, le liquide était séreux dans 136 cas; purulent d'emblée 8 fois; sanieux 3 fois.

Dans 107 observations de pleurésie séreuse, le mode de traitement a été suffisamment relevé; 3 de ces malades sont morts, 2 ont été traités chirurgicalement, leur épanchement étant devenu purulent; 1 a quitté la clinique sans être guéri; 18 étaient améliorés, 74 sont sortis guéris. La moyenne du séjour à l'hôpital a été de 60 jours.

On trouvera de plus dans ce travail des renseignements sur le mode de traitement; sur les conditions dans lesquelles la ponction a été pratiquée, les résultats qu'elle a donnés; sur le traitement sans ponction par les diurétiques, l'acide salicylique, le chlorure de sodium, les toniques.

II. — Renvers classe en différentes catégories les cas d'empyème qu'il a observés :

1° *Empyème métapneumonique.* — Dans un cas, après la crise pneumonique 7 jours se passent sans fièvre, le 9e l'épanchement purulent est constitué : Dans un autre, l'épanchement se produit presque tout de suite après la pneumonie, la fièvre se montre seulement le 17e jour. Des pneumocoques ont été trouvés dans le pus de ces deux épanchements. Le pus est épais, crémeux, avec des flocons fibrineux. La thoracotomie a amené la guérison dans les 3 cas observés.

2° *Empyème métapneumonique compliqué.* En même temps que des pneumocoques, on trouve des staphylocoques et des streptocoques dans le pus.

Là il existe autre chose que la pneumonie et l'empyème n'a pas tendance à la guérison spontanée.

3° *Empyème consécutif à une affection chronique du poumon.* Deux individus alcooliques, très cachectiques, sont atteints assez rapidement de pleurésie purulente. Chez le premier, il y avait dilatation des bronches avec bronchite fétide. Le second était atteint de bronchite chronique; à l'ouverture du thorax, on tomba sur une cavité développée dans la plèvre, qui renfermait seulement quelques cuillerées de pus; cette cavité donnait elle-même accès par un trajet fistuleux dans une seconde cavité pouvant contenir 50 centimètres cubes de pus.

4° *Empyème dans les états septicémiques.* — En particulier, dans la puerpéralité. Ces empyèmes sont souvent doubles.

5° *Empyème lié à la tuberculose.*—C'est la catégorie la plus nombreuse. On sait que souvent on ne trouve pas de microorganismes dans le pus, et en particulier pas de bacilles de Koch, alors même qu'il y a eu ouverture d'une cavernule dans la cavité pleurale. Il peut y avoir dans ces conditions pyopneumothorax. On peut trouver des staphylocoques : c'est une complication de la tuberculose. Il peut y avoir aussi empyème métapneumonique chez des tuberculeux.

III. — Scheurlen rapporte deux nouveaux cas de pyothorax sous-diaphragmatique. Il a relevé dans la littérature 34 cas semblables. 13 fois il y avait pyopneumothorax; 15 cas siégeaient à gauche, 19 à droite. Le diagnostic pendant la vie n'a été fait que 17 fois, 15 fois on a opéré, 6 fois seulement la guérison a été obtenue. La cause des abcès a été 11 fois un ulcère de l'estomac, 4 fois un ulcère du duodénum, 6 fois une inflammation avec perforation de l'appendice vermiculaire; 3 fois un traumatisme ayant déterminé un épanchement sanguin ultérieurement

suppuré, 3 fois un abcès du foie, ou un kyste hydatique suppuré; 2 fois un abcès de la rate. Enfin dans 3 cas, il n'y avait pas de cause appréciable.

En clinique, il arrive souvent que la lésion première reste masquée; le pyothorax paraît dès lors primitif. Le diagnostic entre le pyothorax sus et sous-diaphragmatique présente de grandes difficultés. L'empyème est ordinairement consécutif à une pneumonie, à la tuberculose ou à la puerpéralité. L'absence de ces trois facteurs doit faire penser à l'abcès sous-diaphragmatique. Il faut tenir compte aussi de la douleur très vive dans l'hypochondre, avec retentissement dans l'épaule; de l'absence de concordance qui existe entre les phénomènes locaux et les phénomènes généraux. Les signes physiques correspondent à un épanchement pleurétique modéré, tandis qu'il y a une grande fièvre, de la prostration, du délire.

Dans plus de la moitié des cas, il y a secondairement de la pleurésie exsudative.

A gauche la disparition de l'espace semi-lunaire a une grande importance; il ne disparaît, en effet, dans la pleurésie qu'avec des épanchements considérables.

La ponction exploratrice est très utile; dans tous les cas publiés, le pus était sanieux.

Le traitement doit consister dans l'évacuation du pus, par thoracotomie. L'auteur conseille la résection costale sur une longueur de 5 centimètres. Quand on opère au-dessus du sillon de Harrison, on risque de produire un pneumothorax. Les lavages faits à l'aide de solutions d'acide salicylique ou de créoline ne seront pas trop fréquents, pour ne pas décoller les adhérences. Le drain sera moins utile à gauche qu'à droite.

A. MATHIEU.

I. — Zur Klinik der Aortenklappen-Insufficienz, par Julius SCHWALBE (*D. Arch. f. klin. Med.*, *XLIV*, *p.* 553, *et XLV*, *p.* 383).

II. — Zur Ætiologie der Aneurysmen... (Etiologie des anévrismes de la partie membraneuse de la cloison interventriculaire du cœur), par G. KLEIN (*Arch. f. path. An. u. Ph.*, *Band CXVIII*, *Heft* 1).

III. — Ein Fall von angeborener Enge des Aortensystems (Rétrécissement congenital de l'aorte), par LEYDEN (*Charité-Annalen*, *p.* 151, 1889).

IV. — De la tachycardie essentielle paroxystique, par BOUVERET (*Revue de médecine*, *p.* 753, *septembre et octobre* 1889).

V. — Note sur un cas de tachycardie essentielle paroxystique terminé par la mort, par P. SOLLIER (*France médicale*, 12 *décembre* 1889).

I. — Le travail de Schwalbe constitue une étude intéressante de la séméiologie de l'insuffisance aortique. A cause de la difficulté de l'analyser complètement ici, nous nous contenterons de rapporter ses conclusions.

Dans le diagnostic de l'insuffisance aortique, c'est l'examen du cœur qui joue le principal rôle, et, en première ligne, l'auscultation. L'hypertrophie et la dilatation du ventricule gauche dépendent de la façon dont se fait la nutrition du myocarde et de l'étendue de la lésion valvulaire. Tantôt, l'un ou l'autre élément prédomine; souvent aussi les deux pro-

cessus marchent parallèlement. La dilatation du ventricule gauche est produite : 1° par la régurgitation du sang au début de la diastole ; 2° par la pression aortique dans le cours de la diastole ; 3° par la pression produite par la contraction de l'oreillette gauche ; 4° à la période de l'insuffisance musculaire, par la dilatation du myocarde à chaque systole. L'intensité, l'expansion et la qualité du souffle diastolique dépendent de l'intensité de la lésion aortique, de la pression sanguine, de l'état du ventricule gauche.

Beaucoup d'observations démontrent l'existence réelle de l'insuffisance relative de la valvule aortique. Le double ton et le double souffle de pression de la région inguinale se présentent de diverses façons, d'une signification différente. Le double ton artériel diastolique-systolique et le double souffle de pression diastolique-systolique présentent une importance considérable pour le diagnostic de la lésion cardiaque. Si l'insuffisance aortique se complique si fréquemment de néphrite, cela s'explique par l'étiologie et les conditions circulatoires de cette lésion cardiaque. A. MATHIEU.

II. — A l'autopsie d'une femme de 32 ans, Klein trouva, entre la valvule sigmoïde droite et postérieure de l'aorte, une ouverture triangulaire, dont les côtés avaient une longueur de 1 centimètre. Cette ouverture donne une entrée dans une cavité grande comme la moitié d'une noix et se dirigeant vers le ventricule droit. Le sac anévrismal est limité par une paroi de 3/4 de millimètres, percée de quatre orifices fort petits. Le microscope montre que la paroi de l'anévrisme n'est formée que par l'adossement de l'endocarde gauche et droit séparés l'un de l'autre par une couche de tissu conjonctif en partie graisseux. On sait qu'il existe, normalement, dans l'endroit où siégeait cet anévrisme, une partie membraneuse de la cloison inter-ventriculaire. Ce fait permet de donner l'explication de l'origine et de la rupture de l'anévrisme en question. En effet, cette portion membraneuse de la cloison a une structure qui ressemble à celle des parois artérielles ; neuf fois sur dix, on n'y trouve pas de fibres musculaires. La portion membraneuse se continuant avec la paroi de l'aorte et celle-ci étant atteinte d'artériosclérose et d'athéromatose, il est probable que le processus s'est étendu jusque dans la portion membraneuse de la closion interventriculaire. Grâce à la disparition des fibres élastiques, la pression intraventriculaire a suffi pour det rminer la dilatation anévrismale et sa rupture consécutive. ED. RETTERER.

III. — Un jeune homme de 24 ans éprouve depuis six mois des crises de palpitations ; quelques semaines plus tard surviennent des attaques d'asthme cardiaque provoquées par la marche ou se montrant spontanément pendant la nuit ; ces attaques nocturnes sont particulièrement intenses. Œdème des pieds. Voussure précordiale exagérée ; matité cardiaque augmentée ; bruit de galop à la pointe. Il survient brusquement une hémiplégie du côté droit. A l'autopsie, on trouve un ventricule gauche hypertrophié et dilaté, une embolie de la sylvienne gauche et une dégénérescence graisseuse du myocarde. L'aorte est extrêmement étroite sur toute son étendue. A. M.

IV. — Bouveret donne ce nom à une entité morbide caractérisée par des accès de palpitations survenant sans cause appréciable et au cours desquels on compte jusqu'à 250 battements cardiaques et même davantage. Le pouls n'est pas perceptible pendant toute la durée de l'accès. Celui-ci débute brusquement, et d'emblée les battements cardiaques atteignent leur maximum de fréquence. Tant que dure l'accès, ils conservent cette accélération exagérée, puis, brusquement, ils retombent au nombre de 60 ou 70 par minute. Presque toujours, à ce moment, le

malade éprouve soit une sensation de déchirure intra-thoracique ou une assez vive douleur.

Ces accès peuvent être divisés en courts et en longs; les premiers durant de quelques jours à une semaine environ, les seconds d'une semaine à plusieurs mois. Leur réunion constitue la tachycardie essentielle paroxystique.

Au début, les accès courts sont plus fréquents que les accès de longue durée; l'inverse se produit à mesure que la maladie remonte à une époque plus éloignée.

Chez certains sujets, on ne constate que deux ou trois accès dans l'année; d'autres, au contraire, en ont un beaucoup plus grand nombre. La fréquence des accès augmente en général avec l'âge de la maladie.

Lorsque l'accès est de courte durée, les troubles fonctionnels qui l'accompagnent sont de peu d'importance; les malades continuent souvent pendant les premières heures à vaquer à leurs occupations. Ils présentent une dyspnée modérée, 25 à 30 respirations par minute; leur face est légèrement cyanosée; ils recherchent le décubitus horizontal et se couchent de préférence sur le côté droit. Lorsque l'accès se prolonge, le cœur augmente considérablement de volume; en même temps, on constate de la stase dans les jugulaires, de la dysurie avec albuminurie, de la tuméfaction du foie, de la rate, et tous les signes de la congestion pulmonaire avec hémoptysie lorsque cette dernière est très prononcée: en un mot, on observe tous les symptômes de l'asystolie.

Dans un cas observé par Beusen, la compression des pneumogastriques au cou diminuait le nombre des battements cardiaques.

Sur 11 cas réunis par Bouveret, la maladie s'est terminée quatre fois par la mort; deux fois elle a été due à une syncope et deux fois elle est survenue par collapsus asystolique.

La plupart des moyens thérapeutiques mis en œuvre, à commencer par la digitale, ont échoué; aussi l'auteur recommande-t-il d'avoir recours surtout à la compression des pneumogastriques.

Ordinairement, cette affection survient chez des sujets surmenés physiquement ou moralement, en dehors de toute affection cardiaque, de toute intoxication tabagique ou autre, de la maladie de Basedow et des tachycardies d'ordre réflexe. Bouveret pense qu'il s'agit ici d'un trouble dynamique des pneumogastriques, car à l'autopsie on ne trouve d'altération ni au niveau du muscle cardiaque, ni au niveau des nerfs qui s'y rendent. G. GIRAUDEAU.

V. — Sollier relate une observation du même genre, suivie de mort subite.

Diathèse congestive veineuse et congestion veineuse généralisée, par CUFFER et P. SOLLIER (*Revue de médecine, p.* 825, *octobre* 1889).

Dans ce mémoire, Cuffer et Sollier appellent l'attention sur un syndrome clinique caractérisé par des congestions veineuses portant simultanément ou successivement sur les organes superficiels et sur les organes profonds.

Du côté des premiers, on doit signaler la coloration violacée de la face, des érythèmes, des taches de purpura, diverses éruptions vésiculeuses, de l'injection des conjonctives et du larmoiement, de la stomatite, de la

gingivite expulsive et hémorragique, enfin du coryza et de l'enchifrènement, troubles persistant parfois de longues années.

Sur le compte des congestions veineuses profondes doivent être mises l'hypertrophie du foie et de la rate, des douleurs au creux de l'estomac, accompagnées parfois de vomissements alimentaires et sanglants ; de l'albuminurie souvent très abondante sans aucun autre symptôme de maladie de Bright, des poussées de congestion pulmonaire allant quelquefois jusqu'à l'hémoptysie. Certains sujets présentent, en outre, des manifestations d'origine nerveuse, telles que sueurs locales, refroidissement des extrémités, exagération des réflexes, hyperesthésie, irritation spinale, céphalalgie, étourdissements, troubles de la vue, diminution de l'intelligence, irascibilité, etc. C. GIRAUDEAU.

I. — Différentes formes de pouls veineux périphérique, par François FRANCK (*C. R. Soc. biologie*, 26 *octobre* 1889).

II. — Analyse d'un cas de pulsations de la veine saphène, sans insuffisance tricuspidienne, par François FRANCK (*Ibidem*, 9 *novembre* 1889).

I. — 1° Pouls veineux par reflux tricuspidien. — On a rarement l'occasion d'observer l'extension des reflux tricuspidiens jusque dans les veines des membres : les valvules veineuses s'opposent en effet à la transmission des ondes de reflux. Il arrive parfois cependant qu'à la suite de la dilatation variqueuse des veines du membre inférieur, les valvules deviennent insuffisantes et que le pouls veineux d'origine tricuspidienne se fait sentir sur le trajet de la saphène.

2° Pouls veineux des membres sans reflux tricuspidien. — On peut l'expliquer de trois manières : A. — Par la possibilité d'une transmission du pouls artériel au travers des capillaires dilatés par l'action d'un nerf vasodilatateur, par la fièvre, par la chaleur (pulsations de la veine de la glande sous-maxillaire après l'excitation de la corde du tympan) ; — B. — par le passage du sang artériel à travers des vaisseaux dérivatifs larges intermédiaires aux artères et aux veines (Sucquet, Hoyer) ; — C. — par les expansions artérielles des tissus rendus résistants grâce à une distension passive (comme celle que produit la ligature dans la saignée), qui permet l'arrivée du sang artériel et entrave jusqu'à un certain moment le retour du sang veineux.

II. — Les pulsations observées résultaient toutes de l'insuffisance des valvules de la veine. La veine saphène, s'ouvrant dans une veine crurale dont les valvules sont également insuffisantes, représente une sorte de tube manométrique branché sur les parois de l'abdomen et traduisant au loin les variations de pression qui se produisent dans les cavités (afflux sanguin dans l'aorte abdominale ; mouvements respiratoires, etc.). PAUL LOYE.

Endocardite ulcerosa da diplococco pneumonico, par O. TOMBOLAN-FAVA (*La Riforma medica*, 30 *juillet* 1889).

Homme de 23 ans, atteint depuis un mois de douleurs dans les articulations du genou et du poignet gauches, puis dans d'autres articulations; souffle d'insuffisance aortique; un mois après le début des douleurs articulaires, douleurs à la base gauche du thorax et mort huit jours plus tard. A l'autopsie, endocardite ulcéreuse, pneumonie œdémateuse ; pneumocoque de Fränkel

dans le liquide pleural, dans le sang du cœur, dans le tissu pulmonaire et dans l'endocarde malades.

L'auteur conclut que le pneumocoque provenait des articulations (dans lesquelles ce microbe n'a pas été recherché), que l'endocardite et la pneumonie étaient secondaires aux lésions articulaires, et que la variété des localisations infectieuses dépend des différences dans le pouvoir pathogène du pneumocoque. GEORGES THIBIERGE.

I. — Zur Ætiologie der perniciœsen Anæmie, par Friedreich MUELLER (*Charité-Annal.*, *p.* 353, 1889).

II. — Dégénération des cordons postérieurs de la moelle dans l'anémie pernicieuse, par LICHTHEIM et W. MINNICH (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 41, *p.* 905, 14 *octobre* 1889).

I. — Fr. Mueller rapporte cinq cas d'anémie pernicieuse progressive. Dans le premier, il s'agissait d'une jeune femme (22 ans) atteinte de bothriocéphale. Dans les quatre autres, d'individus syphilitiques. Deux questions se posent : S'agissait-il bien de l'anémie pernicieuse progressive ? Les malades étaient-ils bien syphilitiques ?

Indépendamment du degré de la maladie, de sa tendance progressive, de la production d'hémorragies diverses, et en particulier d'hémorragies rétiniennes, l'auteur attribue une grande importance à l'étude histologique du sang, et surtout à la présence de globules volumineux et de gros globules à noyau. Les leucocytes ne sont pas augmentés de nombre. Ce sont là, d'après les travaux d'Ehrlich, des données caractéristiques pour le diagnostic de l'anémie pernicieuse progressive vraie.

La syphilis, chez un des malades, a été diagnostiquée par voie nécropsique, en raison des cicatrices du foie, des reins, des ulcérations intestinales, des lésions osseuses des extrémités articulaires; la seconde malade avait eu plusieurs avortements, sa luette était détruite; elle avait de l'adénopathie multiple; enfin, à l'autopsie, on a relevé des lésions des reins, probablement syphilitiques. Dans le 3e cas, les enfants du malade étaient syphilitiques; il y avait des ulcérations des jambes et d'autres stigmates spécifiques. Dans le 4e cas, la syphilis était de date récente. Dans ces deux derniers cas, il y eut une amélioration marquée, sous l'influence du traitement spécifique.

D'autres exemples d'anémie pernicieuse, chez les syphilitiques, ont été signalés par d'autres auteurs: l'anémie succéderait à la syphilis, comme le tabes, sans qu'on puisse dire qu'elle représente, à proprement parler, une affection syphilitique. A. MATHIEU.

II. — Il y a quelques années, Lichtheim a signalé la présence, dans les anémies pernicieuses graves, de dégénérations des cordons postérieurs de la moelle, et émis l'opinion que cette complication ne devait pas être très rare. Cette opinion se trouve confirmée par les recherches de Minnich qui, dans aucun cas d'anémie pernicieuse, n'a trouvé la moelle parfaitement normale. Dans une moitié des cas, il n'a constaté que des foyers minuscules de sclérose, provenant de foyers microscopiques; parfois, il coexistait des hémorragies récentes. Dans l'autre moitié des cas, la dégénération des cordons postérieurs était plus ou moins intense. D'ailleurs, cette dégénération, bien que toujours plus étendue et plus marquée dans les cordons postérieurs, se retrouvait aussi dans d'autres

parties de la moelle. Les colonnes de Clarke, les champs de Lissauer et les veines postérieures étaient toujours normales.

Les mêmes altérations ont été constatées dans un cas de leucémie splénique et dans trois cas d'ictère grave, tandis qu'elles manquaient dans un cas de pseudo-leucémie (anémie splénique), et dans un cas d'anémie mortelle spéciale, ressemblant à la chlorose.

Il est probable que, dans le diabète, on pourra trouver également des lésions médullaires analogues, que Lichtheim considère comme de nature toxique. J. B.

I. — Ueber Malaria Krankheiten in Kaiser Wilhelm's Land, par SCHELLUNG (*Berl. kl. Woch.*, *n°* 35, *p.* 786, 2 *septembre* 1889).

II. — Des troubles moteurs dans l'impaludisme, par Ed. BOINET et SALEBERT (*Revue de médecine*, 10 *novembre* 1889).

III. — Observation on Malta fever, par David BRUCE (*Brit. med. J.*, *p.* 1101, *décembre* 1889).

I. — En deux ans et demi de séjour à Finschhafen (Nouvelle-Guinée), Schellung a observé environ 1,500 cas d'affections paludéennes.

Laissant de côté la fièvre intermittente simple qui affecte principalement le type quotidien, Schellung classe ainsi les formes pernicieuses d'impaludisme qu'il a soignées.

1° La typhoïde paludéenne, fièvre continue ou rémittente, à courbe fébrile très irrégulière, tantôt ne s'accusant par aucun autre symptôme que la fièvre, tantôt se compliquant de phénomènes gastro-intestinaux, de catarrhe bronchique, etc., la fièvre dure de 4 à 12 jours.

2° La fièvre bilieuse hématurique, avec frisson violent, ictère généralisé aigu, hypertrophie considérable de la rate et du foie, hémoglobinurie, oligurie ou anurie, hoquets et vomissements incoercibles, etc.; souvent elle entraîne la mort.

3° Le collapsus paludéen ou fièvre comateuse dont Schellung a vu sept cas tous mortels. Ce collapsus ne dépend ni de l'élévation de la température animale ni de complications; il est l'effet direct du poison paludéen sur les organes centraux. La durée de la maladie est très courte; chez un Malais seulement, le coma s'est prolongé quelques jours.

L'impaludisme se complique fréquemment de catarrhes bronchiques, rarement de pneumonies franches, et le plus ordinairement de pneumonies tenant le milieu entre la pneumonie franche et la pneumonie catarrhale.

Plus de la moitié des indigènes de Finschhafen ont de la mégalosplénie. Les Papous ne sont pas plus indemnes de l'impaludisme que les Malais ou les Européens. En revanche, ces derniers sont beaucoup plus fréquemment affectés d'une anémie grave et prolongée.

II. — On peut observer dans l'impaludisme des troubles moteurs susceptibles d'être réunis sous trois chefs principaux. Le premier comprend les *paralysies* palustres proprement dites, les unes d'origine corticale, les autres d'origine médullaire. Celles-ci, beaucoup plus fréquentes que les premières, sont le plus souvent consécutives aux formes graves de l'impaludisme, et surtout aux accès pernicieux. Elles revêtent générale-

ment la forme de paraplégies et peuvent être complètes ou incomplètes, passagères ou durables. Elles sont en général d'autant plus tenaces qu'elles apparaissent à la suite d'une plus longue série d'accès fébriles ; très souvent les malades sont en même temps des cachectiques palustres. Les antécédents morbides héréditaires, tels que le nervosisme, l'alcoolisme et la coexistence de certaines maladies paralysigènes (dyssenterie), favorisent l'apparition de ces paralysies palustres. Ces paraplégies, habituellement complètes d'emblée, apparaissent quelquefois brusquement avec ictus apoplectiforme pendant un accès pernicieux ou après un bain intempestif. La paralysie est souvent plus complète à la périphérie qu'au centre, à l'inverse de ce qui a lieu pour les paralysies dysentériques.

On constate souvent en même temps que les paralysies motrices des troubles sensitifs consistant en hyperesthésie cutanée au début, douleurs fulgurantes, engourdissement faisant place plus tard à de l'anesthésie. L'intégrité de la vessie et du rectum est la règle.

Leur durée est très variable : souvent elles disparaissent au bout de quelques jours, tandis que dans certains cas elles se prolongent pendant des mois.

Les lésions anatomiques qui leur donnent naissance siègent pour Boinet et Salebert dans la moelle épinière sous forme de congestion intense, parfois hémorragie intra-médullaire, ramollissement rouge, ramollissement blanc.

Le second groupe renferme les troubles moteurs d'*ordre convulsif*, tels que le tremblement, les mouvements choréiques, ataxiques, athétosiques, convulsions, contractures. Leur apparition est rapide ; ils coïncident souvent avec la paralysie, mais ils peuvent exister isolément.

Enfin le troisième groupe est formé par des troubles plus tardifs de nature trophique, par les *atrophies musculaires*.

Ces diverses sortes d'accidents sont tributaires dans une certaine mesure des préparations quiniques, des arsenicaux, du faradisme ; mais lorsqu'elles s'accompagnent de lésions médullaires trop profondes et trop étendues, ces moyens thérapeutiques sont souvent insuffisants.

C. GIRAUDEAU.

III. — Bruce reprend, dans une note substantielle, tout ce qui a été publié sur la fièvre de Malte et son étiologie : il montre son alternance avec les épidémies de fièvre typhoïde, son incubation variable de 6 à 10 jours et sa marche.

Les symptômes sont les suivants : dès le début, prostration extrême et état typhoïde, céphalée, inappétence, anorexie, mais absence de diarrhée. La constipation est la règle ; parfois les selles sont sanguinolentes ; le foie et la rate sont constamment accrus de volume, les taches rosées manquent.

A la fin de la première semaine, la céphalée et la rachialgie disparaissent, mais la période fébrile persiste longtemps, amenant des sueurs profuses, des douleurs articulaires et de l'anémie. La dégénérescence se fait lentement, sans grandes oscillations thermiques. Les complications de délire sont fréquentes. La mortalité n'est que de 2 0/0.

Bruce conclut que c'est une maladie infectieuse différente de la fièvre

typhoïde, de la fièvre rémittente et de la malaria, dont le microbe pathogène n'est pas encore connu. H. R.

I. — Recherches sur la digestion stomacale, par A. MATHIEU (*Revue de méd.*, 10 *août* 1889).

II. — Beiträge zur Kenntniss... (Contribution à l'étude de la sécrétion du suc gastrique chez l'homme à jeun), par E. FICK (*Prag. med. Woch.*, *n°* 18, 1889).

III. — Sur la digestion gastrique au cours des maladies chroniques des voies respiratoires, par CHELMONSKI (*Revue de médec.*, *juillet* 1889).

IV. — Ueber die Ausnutzung der Nahrung bei Magenkrankheiten (Utilisation des aliments chez les malades gastriques), par von NOORDEN (*Berl. kl. Woch.*, *p.* 985, 11 *novembre* 1889).

V. — Zur Frage der diagnostichen Werthes... (Valeur du salol pour le diagnostic de l'insuffisance motrice de l'estomac), par J. DECKER (*Berlin. kl. Woch.*, *p.* 975, 11 *novembre* 1889).

VI. — Même sujet, par A. EWALD (*Ibidem*, *p.* 977).

VII. — Ein Ersatz der diagnostischen Magenausheberung (Méthode d'exploration substituée à l'expression gastrique), par GUENZBURG (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 4 *p.* 841, 1889).

VIII. — Ueber Verbreitung und Ætiologie des Magenkrebses (Répartition et étiologie du cancer de l'estomac), par H. HŒBERLIN (*Deutsch. Arch. f. klin. Medic. XLIV*, *p.* 461).

IX. — Ueber eine neue diagnostische Hœlfsmittel... (Moyen nouveau de diagnostiquer le cancer de l'estomac), par LE MÊME (*Ibidem*, *XLV*, *p.* 337).

X. — Ueber einen Fall... (Cas de sécrétion exagérée d'acide chlorhydrique dans le cancer de l'estomac), par WAETZOLDT (*Charité Annalen*, *p.* 237, 1889).

XI. — Ueber die Anwendung... (Emploi du lait dans le diagnostic des maladies de l'estomac), par KLEMPERER (*Ibidem*, *p.* 228).

I. — Le mémoire de Mathieu est divisé en trois parties.

Dans la première, l'auteur étudie la neutralisation de l'acide chlorhydrique par la peptone dans le suc gastrique. Introduisant dans un tube de verre une certaine quantité de solution chlorhydro-peptique et successivement plusieurs cubes de blanc d'œuf coagulé, il arrive un moment où la réaction de Günzburg (phloroglucine-vanilline) ne se produit plus, et cependant l'acidité de la solution est encore très marquée au papier de tournesol. La digestion artificielle est en outre arrêtée, et il est facile de démontrer que ce qui manque ce n'est pas la pepsine, mais l'acide chlorhydrique ; il suffit, en effet, d'en ajouter quelques gouttes pour que la peptonisation interrompue recommence et pour que le lendemain, on trouve dissous les cubes albumineux incomplètement attaqués. La conclusion, dit Mathieu, s'impose : les substances albuminoïdes, et particulièrement la peptone, sont susceptibles de faire disparaître les réactions colorantes de l'acide chlorhydrique et de le rendre impropre à la peponisation.

Il s'ensuit en clinique que lorsque le contenu de l'estomac renferme des peptones en quantité notable et qu'il donne en même temps les réac-

tions de l'acide chlorhydrique, on doit penser que l'acide chlorhydrique existe réellement si même les réactions colorées sont négatives; il ne faut pas se hâter de conclure à l'absence de l'acide chlorhydrique. Il importe alors de pratiquer une extraction nouvelle du suc gastrique une ou deux heures plus tard, afin de rechercher si cette fois il n'existe pas d'acide chlorhydrique libre.

Dans la deuxième partie, l'auteur expose ses recherches sur la peptonisation des mucus. Il rappelle d'abord que tous les mucus ne se ressemblent pas au point de vue de leurs réactions en présence des acides.

Les expériences ont été faites à l'aide du mucus d'escargot, mis en présence du suc gastrique naturel, soit du suc gastrique artificiel. Dans les deux cas, on n'obtient aucune peptonisation du mucus au bout de vingt-quatre heures, et on ne constate pas dans le liquide la réaction du biuret, lorsque le suc gastrique n'en renfermait pas auparavant. Il pense que c'est à cette non peptonisation des mucus que les parois de l'estomac recouverts à l'état normal, on le sait, par une couche visqueuse, doivent de ne pas être digérés. Les simples érosions de la muqueuse ont donc déjà une certaine gravité, par cela seul qu'elles dépouillent les tissus sous-jacents de la couche protectrice des cellules à mucus.

En dernier lieu, l'auteur émet l'opinion que la muqueuse gastrique absorbe les peptones. A l'appui de celle-ci, il cite le cas d'un malade dont le suc gastrique manifestement acide, au bout de trois à quatre heures, après l'ingestion des aliments, contient habituellement à ce moment une assez notable quantité de peptone et de propeptone. Trois fois, cependant, après un repas d'épreuve léger (viande, pain et eau), la réaction du biuret manquait dans le liquide gastrique, examiné au bout de trois heures.

« Si l'on n'admet pas l'absorption de la peptone par la muqueuse gastrique, il est difficile de comprendre, dit Mathieu, cette disparition de la réaction du biuret. » On ne peut pas objecter que les substances albumineuses se trouvaient simplement dissoutes, puisqu'on n'obtenait de précipité ni par la chaleur, ni par l'acide nitrique, ni par l'alcalinisation du liquide filtré. On ne se représente guère que le pylore ait laissé passer la peptone et la propeptone, et ait retenu les substances amylacées à demi liquéfiées, et la graisse à l'état huileux. C. GIRAUDEAU.

II. — La quantité de suc gastrique retirée par la sonde de l'estomac à l'état de *jeûne* est très variable ; de quelques gouttes à 50 centimètres cubes et plus. Ce liquide est souvent coloré par la bile. On y trouve des éléments cellulaires venus de la salive, de la muqueuse gastrique, des corpuscules myélinoïdes; rarement des détritus alimentaires. Il y a toujours des organismes inférieurs. Pas d'acide organique. En moyenne, 0,09 0/0 d'acide chlorhydrique.

Quand on répète chaque matin le sondage de l'estomac pendant un certain nombre de jours, la quantité de suc extrait finit par diminuer; c'est affaire d'accoutumance, et l'on doit admettre que l'irritation produite par le passage de la sonde est la cause de la diminution du suc actif. A. MATHIEU.

III. — Dans le cours de la phtisie chronique, indépendamment de la fièvre, on rencontre souvent une diminution notable de l'acide chlorhydrique et de la pepsine contenus dans le suc gastrique. Cette altération dépend en partie de l'anémie de l'estomac, consécutive à la cachexie générale, et en partie de l'hyperhémie passive de l'estomac, rarement de

la dégénérescence amyloïde des artères de la membrane muqueuse gastrique.

Dans l'emphysème des poumons, le contenu de l'estomac est souvent privé d'acide chlorhydrique libre, et ne renferme qu'une petite quantité de pepsine. Cette altération parait liée étroitement avec la stase de l'estomac; c'est pourquoi elle n'est pas constante.

Il est probable que non seulement il existe un trouble dans la sécrétion du suc gastrique, mais encore dans la plupart des sucs digestifs. C. GIRAUDEAU.

IV. — Von Noorden a recherché comment les aliments sont élaborés et utilisés dans l'intestin lorsque l'estomac fonctionne mal. Jusqu'ici les expériences analogues n'avaient été faites que sur des animaux (Czerny et Kaiser, Ogata).

Les recherches de von Noorden ont porté sur deux cas dans lesquels, malgré l'absence complète d'acide chlorhydrique dans l'estomac, le passage des aliments dans l'intestin était si rapide qu'il ne pouvait s'être accumulé dans l'estomac une quantité d'acide lactique douée de propriétés peptiques. Aussi les substances albuminoïdes, la viande spécialement, arrivaient-elles dans l'intestin sans avoir subi aucune modification.

On pouvait prévoir déjà que l'intestin suffisait à la digestion des aliments hydrocarbonés et gras; mais les expérience de von Noorden montrent qu'il en estde même des substances azotées, administrées sous la forme très simple qu'on emploie chez les gens atteints d'affections stomacales (viande crue, lait, œufs, pain).

Les résultats ne seraient pas les mêmes, sans doute, ni pour le régime plus complet des gens bien portants, ni quand l'estomac a perdu son énergie motrice et que l'intestin n'est pas sain.

Dans un cas de gastrectasie avec suracidité exagérée du suc gastrique, la portion de l'aliment non rejeté par les vomissements était également bien élaborée dans l'intestin. J. B.

V et VI. — Comme l'ont déjà fait Brunner (*Deutsche med. Woch.* 1889, n° 7) et Huber (*Münchener med. Woch.* 1889, n° 19), J. Decker dénie toute valeur à l'épreuve du salol proposé par Ewald (*R. S. M.*, XXXIII, 68) pour reconnaître l'etat des fonctions motrices de l'estomac.

Les expérience de Decker lui ont appris, en effet, que l'époque du début de la réaction indiquant la présence de l'acide salicylique dans l'urine oscille chez les gens à estomac sain, comme chez ceux à estomac malade, entre 45 et 75 minutes (une seule fois 90 minutes chez l'homme à estomac sain) après l'ingestion; or, ces oscillations si étendues s'observent d'un jour à l'autre sur le même individu.

Quant à la durée de cette réaction, elle est de 22 à 27 heures chez les gens à estomac sain, et de 29, 32 ou 35 heures dans les cas de dilatation stomacale. Huber a proposé d'utiliser la durée de la réaction salicylique pour remplacer l'épreuve d'Ewald. Mais Decker objecte qu'il est difficile d'affirmer que l'intestin lui-même n'ait aucune part dans ce retard du dédoublement et de l'absorption du salol. J. B.

VII. — Pour étudier l'activité digestive du suc gastrique sans avoir recours à des manœuvres pénibles pour les malades, Günzburg a cherché un corps dont la présence fût facile à déceler dans l'économie. Il a choisi l'iodure de potassium; des tablettes, formées de 20 à 30 centi-

grammes d'iodure et d'un peu de gomme, sont introduites dans un tube de caoutchouc très mince qu'on lie à l'aide de filaments de fibrine ; le petit paquet est placé dans une capsule de gélatine. La capsule est avalée par le sujet en expérience une heure après le repas d'épreuve d'Ewald ; les filaments fibrineux se dissolvent plus ou moins vite et le tube s'ouvre ; alors la dissolution de l'iodure s'accomplit vite et l'iode apparaît dans la salive.

Chez les sujets sains, l'iodure apparaît dans la salive au bout d'une heure et demie au plus tard, et au plus tôt après une heure (en moyenne une heure et quart).

Les sujets dont l'estomac renferme peu d'acide ne fournissent la réaction qu'au bout de 2 heures et demie, 3 ou 4 heures. L'auteur cite à ce propos des cas de dilatation par cicatrice du pylore, de catarrhe muqueux, d'atonie gastrique, de cancer.

Dans deux cas d'hyperacidité, il a vu la réaction se produire après trois quarts d'heure : l'un des sujets avait un ulcère de l'estomac, l'autre était phtisique. L. GALLIARD.

VIII. — 1° Le cancer de l'estomac se rencontre deux fois aussi souvent en Suisse qu'à Berlin ou à Vienne ; sur 2,500 personnes, il en meurt une par an de cette maladie. 1, 85 0/0 de tous les cas de mort lui sont attribuables.

2° Le cancer de l'estomac a augmenté de 1877 à 1886 dans la proportion de 100 à 165 pour les hommes, de 100 à 158 pour les femmes.

3° Le cancer a son maximum de fréquence dans la région nord-est, 3 0/0 environ de la mortalité totale ; dans les cantons de l'ouest, il y a environ 1,5 0/0 et 1 0/0 seulement dans les cantons sud.

4° Le cancer, d'une façon générale, est plus fréquent en Suisse qu'en Prusse, à Vienne et en Angleterre. Le sexe féminin est un peu plus souvent atteint.

5° Le cancer de l'estomac représente chez les femmes, 31,9 ; chez les hommes, 51,8 ; en moyenne, 41,5 0/0 de tous les cancers.

6° Le cancer de l'utérus, dans le canton de Zurich, n'est qu'une demi-fois plus fréquent que le cancer de l'estomac ; à Vienne, c'est le contraire.

7° En Suisse, les hommes sont plus souvent atteints que les femmes dans la proportion de 7 contre 5.

8° Dans le canton de Zurich, 90 0/0 de tous les cancers se rencontrent entre 40 et 80 ans ; 71 0/0 des cancers de l'estomac de 46 à 65 ans. Le nombre des malades qui ont au-dessous de 60 ans est plus faible qu'à Würzburg.

9° L'influence des saisons, de la profession, de la ville, de la campagne, de l'état de fortune ne se dégage pas nettement.

10° Il semble que l'usage du cidre et du vin acide augmente la prédisposition au cancer de l'estomac.

L'influence de l'hérédité est confirmée par la clinique ; 8 0/0 des parents des malades observés par Hœberlin étaient morts de cancer gastrique.

L'existence d'un ulcère simple antérieur pouvait être été montrée sûrement dans 3 0/0 des cas, avec un certain degré de certitude dans 4,2 0/0, avec vraisemblance dans 3 0/0 des cas.

Il est vraisemblable que le cancer se développe sur le terrain d'une gastrite chronique.

Neuf malades (6,5 0/0) auraient eu auparavant la fièvre typhoïde.

Il est possible que le mauvais état des dents ait une influence sur la pathogénie du cancer stomacal.

Il faudrait rechercher s'il y a quelque relation entre l'état des vaisseaux sanguins et l'apparition du carcinome gastrique.

IX. — Dans la seconde partie de son travail, Hœberlin passe en revue les diverses méthodes cliniques proposées dans ces derniers temps pour le diagnostic du cancer de l'estomac. C'est une revue critique à laquelle il ajoute des faits personnels. La conclusion, c'est que les signes tirés du dosage de l'urée, du dosage chlorhydrique, etc., peuvent servir à reconnaître le cancer de l'estomac, mais sont incapables de constituer des signes pathognomiques. A. MATHIEU.

X. — Waetzoldt rapporte un cas de cancer de l'estomac dans lequel l'acide chlorhydrique, loin d'avoir disparu dans le suc gastrique, avait, au contraire, augmenté ; il y avait hyperchlorhydrie. Il pense que, comme dans les cas semblables, il y avait eu primitivement un ulcère rond sur lequel s'était greffé le carcinome. A. MATHIEU.

XI. — Klemperer propose comme repas d'épreuve un demi-litre de lait et deux petits pains blancs d'un poids total de 70 grammes. L'aspiration du contenu gastrique est pratiquée deux heures plus tard. Les divers examens sont alors pratiqués par les procédés connus. Il dit s'être très bien trouvé de cette façon de faire. A. MATHIEU.

Ueber die Functionen des Magens bei Phthisis pulmonum (Fonctions de l'estomac dans la phtisie), par O. BRIEGER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 14, *p.* 269, 1889).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 64 phtisiques divisés en 3 groupes : tuberculose avancée, tuberculose d'intensité moyenne, tuberculose au début.

Dans le premier groupe (cas avancés), 9 malades sur 31 n'avaient pas de troubles gastriques malgré la fièvre persistante. Les autres avaient des nausées, des douleurs. Presque toujours on trouvait après le repas d'épreuve des restes d'aliments, des crachats, des lambeaux de muqueuse sanguinolents. L'acidité du contenu de l'estomac après le repas d'épreuve était constante, mais dans 19 cas l'acide chlorhydrique libre manquait d'une façon persistante, et cet acide n'existait régulièrement que dans 3 cas. En général absence d'acide lactique ; absence de ferment de la présure quand l'acide chlorhydrique manquait. Réaction du biuret impossible à rechercher à cause des peptones contenus dans les crachats déglutis et qui auraient faussé les résultats. Même quand l'acide chlorhydrique libre manquait, les propriétés digestives du suc gastrique ont été mises en évidence plus ou moins nettement, suivant les cas.

En résumé, suc gastrique chimiquement normal dans 16 0/0 seulement des cas de cette catégorie ; absence de sécrétion dans 9,6 0/0 des cas, insuffisance dans les autres.

Pour la seconde catégorie, suc gastrique normal dans 33 0/0 des cas ;

abolition complète des sécrétions dans 6,6 0/0; dans les autres, altérations variées.

Pour le troisième groupe (composé de 6 cas seulement), l'auteur a trouvé dans la moitié des cas le suc gastrique normal.

Quant aux fonctions d'absorption et à l'énergie motrice de l'estomac, elles ont été modifiées parallèlement aux fonctions de sécrétion.

Les résultats de l'auteur sont conformes à ceux d'Ewald dans sa description de la gastrite glandulaire chronique allant de la simple gastrite à l'atrophie. L. GALLIARD.

An inquiry into the etiology of summer diarrhea, par Henry TOMKINS (*Brit. med. J., p.* 180, *juillet* 1889).

L'auteur a fait des recherches sur la diarrhée estivale qui sévit à Leicester et qui en 4 ans a atteint 24,000 personnes, dont 837 succombèrent. Cette endémicité ne date pas de bien loin ; avant 1850, Leicester était une ville très saine. Les quartiers de la vieille ville placés sur le bord de l'eau sont le plus éprouvés. L'analyse microbienne de l'air montra que, dans la zone infectée, l'air est 4 fois plus riche en microorganismes. En les cultivant dans la gélatine, il en détermine la liquéfaction et provoque une odeur putride, en même temps qu'ils développent une réaction alcaline.

D'autre part, des cultures prises sur la rate des enfants morts de diarrhée estivale liquéfient également la gélatine et développent une odeur encore plus fétide. Ces cultures peuvent donner la diarrhée à un adulte qui les respire.

De tous ces faits, l'auteur conclut à l'origine microbienne de la diarrhée d'été, sans oser affirmer qu'il a trouvé le bacille pathogène. H. R.

Étude étiologique sur l'œsophagisme, par JOAL (*Rev. de laryngol.*, 1er *mai* 1889).

D'après Joal, l'œsophagisme est une manifestation d'ordre réflexe et qui peut avoir pour point de départ une affection des amygdales, du pharynx, du nez. Il publie neuf cas où l'origine nasale semble ne pouvoir être mise en doute. L'hystérie, dans ce cas, ne pouvait être suspectée.

Le spasme œsophagien siégeait à la partie supérieure du conduit, et il a suffi de traiter l'affection nasale pour faire cesser tous les accidents. A. C.

Contribution à l'étude de la contagion de la dysenterie, par LEMOINE (*Lyon méd.*, 22 *décembre* 1889).

Plusieurs observations où la contagion a été démontrée d'une façon rigoureuse viennent confirmer des faits anciens, plus douteux, et les opinions émises par divers auteurs.

Lemoine conclut que la dysenterie se propage par les selles, directement ou indirectement, en souillant l'air, l'eau ou les aliments.

La propagation directe se ferait par les vases ou latrines ayant reçu des déjections dysentériques, dont quelques parcelles peuvent être mises en contact avec la région anale de malades ou sujets utilisant ces vases ou sièges infectés.

Lemoine insiste sur les moyens prophylactiques, désinfection, matériel spécial, etc., à employer dans les cas de dysenterie. A. C.

I. — Nouvelle théorie du diabète, par R. LÉPINE (*Lyon méd.*, 29 *mai* 1889).

II. — Sur le diabète pancréatique, par LÉPINE et BARRAL (*Lyon méd.*, 19 *janvier* 1890).

I. — Les théories diverses de la pathogénie du diabète ne permettent pas d'expliquer celle du diabète pancréatique. Pour cette variété, deux hypothèses sont possibles : à l'état normal, une partie du ferment pancréatique résorbée contribuerait à la destruction du glucose. Ou bien on peut admettre, avec Musculus, Mering, que la transformation du glycogène en glucose se fait en plusieurs temps, transformation en maltose, ptyalose, et que c'est le ferment pancréatique qui provoque la transformation définitive.

Dans ces deux hypothèses, le diabète pancréatique serait la conséquence d'une insuffisance d'apport ou de l'absence du ferment produit par le pancréas.

II. — Pour montrer que le diabète pancréatique est dû à une insuffisance de ferment, Lépine et Barral recueillent le sang artériel de deux chiens, à jeun depuis 60 heures, l'un à l'état sain, l'autre privé de son pancréas. Chez le dernier, le sang contient une proportion de sucre trois fois plus grande que chez le premier. La destruction du sucre dans ces deux sangs abandonnés à eux-mêmes est plus rapide au contraire, chez le premier, 39 0/0, que chez le second 8 0/0.

Si on ajoute au sang de l'amidon, on voit que la saccharification est six fois moins active quand le pancréas a été enlevé, quand on a supprimé l'apport du ferment. A. C.

I. — Bericht über drei Fälle von Diabetes, par FICHTNER (*Deutsch. Arch. f. kl. Med.*, *XLV*, *p.* 112).

II. — Zur Ætiologie des Diabetes mellitus, par Ivan MICHAEL (*Ibidem*, *XLIV*, *p.* 597).

III. — De la coexistence du diabète chez le mari et chez la femme, par DEBOVE (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 20 *juillet* 1889).

IV. — Ueber die Beziehungen des Pankreas zum Diabetes mellitus, par MINKOWSKI et von MERING (*Berl. kl. Woch.*, *n°* 41, *p.* 904, 4 *octobre* 1889).

V. — Contribution à l'étude de l'acétonurie et du coma diabétique, par ROMME (*Thèse de Paris*, 1888).

I. — Dans deux de ces cas, Fichtner a essayé le traitement par la semence d'Eugenia Jambolana, remède vanté par les médecins anglais et américains ; on n'a obtenu aucun résultat.

Dans le second cas, l'urine abandonnée à l'air et à la lumière prenait une teinte rosée très marquée. Cette modification était beaucoup plus lente à l'abri de l'air et dans l'obscurité. Après avoir traité l'urine par le saccharure de plomb pour précipiter l'hémoglobine, on pouvait extraire, par une solution alcoolique ou aqueuse d'acide sulfurique, une couleur rouge très intense. Cette solution, étudiée au spectroscope, donnait des raies différentes de celle de l'hémoglobine.

Les trois cas se sont terminés par des phénomènes de coma diabétique. Dans les trois cas aussi, Fichtner a trouvé une dégénérescence graisseuse de la substance corticale des reins. La graisse était surtout déposée à la base des cellules de l'épithélium des tubuli.

L'auteur a recherché dans quatre cas la présence de l'infiltration glycogène sans pouvoir la démontrer. Dans ces quatre cas, il y avait cependant infiltration glycogène des tubes de Henle; dans un cas, elle était, du reste, extrêmement peu marquée.

Il a recherché une fois sans la trouver la dégénérescence glycogène des vaisseaux de l'encéphale.

Fichtner pense qu'il y a une relation entre le coma diabétique et la dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubuli contorti.

A. MATHIEU.

II. — Jeune homme de 20 ans; polydipsie; absence des réflexes rotuliens, 6,400 grammes d'urine en 24 heures, d'une densité de 1,025, renfermant 2,5 0/0 de sucre, réaction de l'acétone marquée. Ecoulement purulent par l'oreille gauche. Mort dans le coma, avec odeur d'acétone très marquée de l'haleine. A l'autopsie, on rencontre un cysticerque (C. racemosus) adhérent au plancher du 4e ventricule, et en ce point des granulations étendues, ainsi que des productions polypiformes au niveau de l'épendyme.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que rien, dans les allures du diabète ni dans les phénomènes présentés par la malade, ne pouvait faire présager l'existence d'une lésion matérielle du bulbe. A. M.

III. — Debove, sur une cinquantaine de cas de diabète, a relevé 5 cas de diabète conjugal, et se demande si le diabète ne serait pas contagieux.

Rendu, qui a vu un fait du même genre, objecte qu'il faut plutôt incriminer un genre de vie commun. 6 autres cas analogues sont cités par d'autres membres de la Société. H. L.

IV. — Pour Minkowski et von Mering, le diabète ne serait qu'un trouble fonctionnel des cellules pancréatiques.

En effet, quand, sur un chien, on enlève la totalité du pancréas, l'animal ne tarde pas à présenter tous les signes d'un diabète intense; mais il suffit de laisser la moindre parcelle de la glande pour que la glycosurie ne se produise pas.

Cette fonction du pancréas n'a rien à voir avec son rôle sécréteur, car la simple ligature du conduit excréteur ne rend pas l'animal diabétique, et il en est de même lorsqu'on en isole la parcelle de pancréas laissée en place.

Au congrès des physiologistes à Bâle (septembre 1889), Minkowski a présenté un chien chez lequel il avait enlevé, depuis un certain temps, la presque totalité du pancreas, sans que pour cela l'animal fût devenu diabétique. Puis, deux jours avant la démonstration, il a enlevé le reste de la glande, et aussitôt l'animal a offert une glycosurie durable.

Von Mering ajoute qu'il a produit chez un chien un coma diabétique à l'aide de la phloridzine.

De même, chez un malade atteint de cancer axillaire, l'administration à l'intérieur de cette substance a provoqué une glycosurie intense (96 à 97 grammes par jour). J. B.

V. — Romme, en se servant d'un nouveau réactif de l'acétone (fuchsine décolorée par l'acide sulfureux, réactif Chautard), a repris la question

de l'acétonurie dans ses rapports avec le coma diabétique. Il n'a pas pu confirmer l'existence d'une acétonurie physiologique, normale, et si les auteurs allemands qui ont signalé ce fait (V. Jaksch, Baginsky) ont été plus heureux que lui, cela tiendrait à ce qu'ils se sont servis d'un réactif qui donne la même réaction avec l'acétone qu'avec l'alcool.

L'acétonurie fébrile existe réellement; seulement elle ne survient que dans les fièvres de longue durée, à température élevée (38,5, 39). Lorsque la température commence à baisser, l'acétonurie disparaît.

Quant aux relations qui existent entre l'acétonurie et le coma diabétique, l'auteur se prononce pour l'origine acétonémique du coma. Il publie deux observations de diabétiques acétonuriques purs et rapporte une observation de Minkowski où l'acétonurie diabétique s'est terminée par le coma.

Passant ensuite à l'étude critique des autres théories (diacéturie, intoxication acide), il démontre l'affinité qui existe entre les corps mis en cause et l'acétone, qui, d'une façon ou d'une autre, joue le rôle principal dans la production des phénomènes morbides caractéristique du coma diabétique. EUG. DESCHAMPS.

Contribuzione clinica all'esistenza della febbre ittero-ematurica chinica in individui malarici, par C. LIPARI (*Il Morgagni, septembre* 1889).

Lipari rapporte 19 observations de fièvre ictéro-hématurique d'origine quinique étudiée surtout par Tomaselli ; il conclut de ses observations que cet accident se rencontre de préférence chez les enfants, qu'il est dû quelquefois à une prédisposition héréditaire accusée par son développement chez plusieurs membres d'une même famille, qu'il se produit le plus souvent en automne, c'est-à-dire dans une saison où les fièvres pernicieuses sont relativement plus rares, d'où une nouvelle preuve qu'il ne doit pas être considéré comme une manifestation pernicieuse de l'impaludisme. Les premiers symptômes de la maladie (tremblement, frisson, fièvre, vomissements, lipothymies) se produisent dans les deux premières heures; l'hématurie se montre le plus souvent de trois à six heures après la prise de la quinine, et l'ictère dans les douze premières heures, en même temps ou peu après l'hématurie. La maladie se produit après l'administration des divers sels de quinine comme après celle des diverses préparations de quinquina, soit par la voie buccale, soit par la voie rectale, tantôt après deux, trois ou quatres doses de médicament, le plus souvent après un usage très long de la quinine. Le paroxysme atteint ordinairement son maximum dans les deux premiers jours, rarement dans les trois premiers ; tous les symptômes disparaissent ordinairement en six ou huit jours, rarement en dix ou quinze jours. Les malades ont des récidives à intervalles plus ou moins longs, quelques-uns toutes les fois qu'ils prennent de la quinine. La mort peut survenir dans les trois premiers jours ou quelquefois après que l'hématurie a cessé ; dans les cas de guérison, la convalescence est plus ou moins longue. GEORGES THIBIERGE.

Sur l'origine des produits inflammatoires dans le parenchyme rénal au cours de la maladie de Bright, par OBRZUT (*Archives de méd. expériment.*, 1er *mai* 1889.)

Chaque forme de néphrite débute par l'appareil vasculaire, et les lé-

sions du parenchyme propre, c'est-à-dire des épithéliums, ont la valeur de lésions secondaires.

Tous les produits inflammatoires, depuis le tissu conjonctif néoformé jusqu'aux cylindres, se développent aux dépens des éléments du sang, c'est-à-dire des leucocytes et surtout des hématies. Il est hors de doute que le plasma sanguin participe également à la constitution des produits inflammatoires, mais les recherches histologiques ne donnent pas sur ce point des renseignements suffisants. Le rôle des éléments fixes des tissus demeure entièrement passif. A. GILBERT.

Kyste hydatique de la plèvre, pyopneumothorax, injections, accidents nerveux, etc., par LECLERC et TILLIER (*Lyon méd.* 8 *sept.* 1889).

Homme de 29 ans, entré à l'hôpital le 2 août avec tous les signes d'une pleurésie gauche. Ponction le 5: 1,200 grammes de liquide clair, blanc, puis sanguinolent. Crachats rouillés les jours suivants, puis, le 8 août, constatation d'un hydropneumothorax. Le 23 août, vomique, un litre de liquide peu purulent. Fièvre, 40°. Crachats purulents. Sur le refus du malade de laisser faire l'empyème, injection de 4 grammes liqueur de Van Swieten, puis plus tard lavages par ponction avec l'eau boriquée à 3 0/0. Pendant l'injection, syncope; le lendemain, monoplégie du membre supérieur droit. Opération de l'empyème à la dernière extrémité. Mort trois jours après.

A l'autopsie, kyste hydatique de la plèvre gauche. Poumon aplati. Pas de lésion du cerveau. A. C.

I. — Sulla Morva, par Felice LUSSANA et Vittorio ROMANO (*Arch. ital. di clin. medic., avril* 1889).

II. — Ein Fall von Heilung des Rotzes... (Guérison de la morve par des frictions mercurielles, par Jacob GOLD (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 38 *p.* 672, 29 *juillet* 1889).

I. — Il s'agit de deux observations de morve chez l'homme, avec toutes les recherches anatomiques et bactériologiques que comporte aujourd'hui la question. Des cultures inoculées à des lapins, puis à une ânesse, reproduisirent la maladie avec tous ses caractères cliniques, anatomiques et bactériens.

L'intérêt principal de ces observations réside dans les phénomènes cliniques. Chez l'un des malades, l'affection débuta par un point de côté et des lésions pleuro-pulmonaires, sans autre manifestation qu'une éruption miliaire semblable aux sudamina, et l'apparition sur les lèvres d'une éruption ayant tous les caractères de l'hydroa.

Ce n'est que dans les deux ou trois derniers jours que les vésicules se transformèrent en pustules. Mais il ne survint pas de troubles digestifs, et seule l'irrégularité, la dissémination des phénomènes pulmonaires indiquaient une sorte de pneumo-typhus, ou une manifestation pneumonique toute spéciale, symptomatique d'une infection spécifique insolite.

Cependant, en présence de ces seules manifestations, de Giovanni avait porté le diagnostic d'infection morveuse.

Trois mois plus tard, un garçon du service, qui, porteur d'éraillures aux mains, eut l'occasion de manipuler toutes les pièces du précédent sujet et de nettoyer les instruments qui avaient servi, fut pris lui-même de tous les symptômes de la morve chronique à laquelle il succomba au bout de 10 à 11 mois. C'est avec les produits de ce second malade que furent faites les inoculations probantes. A. SIREDEY.

II. — Paysan de 30 ans, éprouvant depuis 8 jours des douleurs et de la faiblesse dans les membres inférieurs, surtout à droite, de la lourdeur de la tête, de l'oppression et de la toux. Température 38, 9; 100 pulsations. Rien au cœur. Râles à fines bulles disséminés dans toute la poitrine, sans matité à la percussion. Urines normales.

Sur les 4 membres se trouvent disséminés de petits phlegmons circonscrits, fluctuants par place. A mi-hauteur de la cuisse droite, au niveau du mollet gauche et du bras droit, tubercules sous-cutanés, durs, gros comme des œufs de pigeon, paraissant siéger dans le tissu musculaire. Les manifestations cutanées se sont développées depuis 2 jours.

Un cobaye inoculé sous le ventre avec le pus provenant d'un des abcès présenta, à partir du 7e jour, un ulcère avec lymphangite et orchite suppurée. Le pus testiculaire renfermait le bacille pathognomonique de Lœffler. L'animal étant mort le 11e jour, on retrouva le même bacille dans son foie et sa rate.

Gold, qui en 28 ans avait déjà soigné 24 cas de morve humaine, tous terminés fatalement, a eu l'idée, chez ce nouveau malade, d'essayer le traitement mercuriel en frictions à la dose quotidienne de 4 grammes d'onguent gris. En outre il ouvrit tous les foyers purulents, y fit chaque jour des injections avec une solution de sublimé au millième et les pansa à la gaze iodoformée.

Il n'y eut pas le moindre phénomène d'hydrargyrisme. Dans les 10 premiers jours de traitement, la température tombe de 40° à 39, les tubercules diminuèrent de volume et se ramollirent; la toux et les râles disparurent graduellement, seule la cicatrisation des abcès marchait lentement. Il fallut fendre beaucoup de trajets fistuleux, exciser et cautériser des ulcères torpides. Après 2 mois de frictions mercurielles, on put encore cultiver les bacilles morveux aux dépens d'un abcès qui tardait à se refermer.

Le traitement hydrargyrique fut continué 3 mois et le convalescent gardé encore 2 mois en observation. Gold l'a revu, en parfaite santé, un an après sa sortie de l'hôpital. J. B.

Ein Fall von Myotonia congenita intermittens, par MARTIUS et HANSEMANN (*Archiv. f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVII, Heft* 3).

Il s'agit d'un jeune homme de 21 ans, atteint de myotonie dès l'enfance. L'affection est localisée sur les muscles de l'avant-bras et sur les muscles de la face innervés par le facial. Cependant, durant les attaques myotoniques, on voit des traces de la maladie dans le biceps brachial et les muscles masticateurs. En dehors des attaques myotoniques, le sujet ne présente rien d'anormal dans ses mouvements musculaires. C'est le froid ou plutôt les changements de température qui déterminent les attaques myotoniques.

Un morceau du muscle extenseur commun des doigts fut enlevé sur le jeune homme et soumis à l'examen microscopique. Les fibres musculaires ont un diamètre considérablement augmenté. Elles ont un trajet ondulé. Mais le fait le plus remarquable est l'abondance des noyaux dans la fibre musculaire; ils forment des séries linéaires, étroitement serrés les uns contre les autres. D'autres fois, ils sont répandus dans la substance musculaire ou épars irrégulièrement à la surface du faisceau. ED. RETTERER.

GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE.

I. — Traitement de l'endométrite, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. sc. méd. de Montpellier, novembre* 1888).

II. — Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc, par Arm. LANTZ (*Thèse de Paris, n°* 54, 1889).

III. — Ueber intra-uterin Chlorzinkaetz... (Des cautérisations intra-utérines au chlorure de zinc), par GIULINI (*Münch. med. Woch.*, 3 *septembre* 1889).

I. — Le procédé de Dubrueil consiste à faire avec la sonde introduite dans la cavité du corps de l'utérus une injection boriquée à 2 0/0, puis une insufflation d'iodoforme. On retire la sonde et on applique un tampon de gaze iodoformée sur le col. Le pansement est renouvelé tous les deux jours. A. MOSSÉ.

II. — Après avoir rendu aseptique la cavité vaginale et utérine, il suffit d'introduire dans toute l'étendue de l'utérus un bâton de chlorure de zinc composé de 1 partie de chlorure de zinc pour 2 parties ou 3 parties de farine de seigle. Les suites en sont très simples ; l'auteur signale quelques vomissements et la rétention d'urine assez fréquente. Le résultat est une escharrification de toute la muqueuse utérine qui s'élimine assez rapidement.

L'intervention doit être suivie de séances régulières de cathétérisme utérin pour éviter l'atrésie.

30 observations personnelles indiquent les meilleurs résultats obtenus par ce traitement. F. VERCHÈRE.

III. — Giulini rapporte à Rheinstädt le mérite d'avoir montré l'efficacité du chlorure de zinc en solution aqueuse (parties égales) en gynécologie. L'action caustique du chlorure de zinc reste limitée. Elle ne cause aucun accident en dehors de quelques douleurs et de légères hémorragies. Les écoulements cessent rapidement, la sensibilité utérine diminue, les érosions disparaissent et les hémorragies s'arrêtent après son emploi. Cette méthode donnerait aussi de bons résultats dans la vaginite aiguë et chronique et dans les néoplasies malignes inopérables. P. TISSIER.

I. — Laparotomie pour salpingite. Symptômes d'hémorragie interne et d'intoxication. Guérison apyrétique, par WYDER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 24, *p.* 758, 15 *décembre* 1889).

II. — Laparotomy for ruptured pyo-salpinx, error in diagnosis, recovery, par WOOD (*New-York med. Record, p.* 385, 5 *octobre* 1889).

I. — Jeune fille, vierge, de 19 ans, ayant eu des phénomènes de péritonite et un peu de fièvre par moments. L'utérus est en rétroversion; en avant de lui, et lui adhérant ainsi qu'au sommet de la vessie, on sent une tumeur grosse comme une tête d'enfant, résistante, élastique, à surface lisse. Comme on ne

peut pas palper l'ovaire gauche et que de la tumeur s'étend, dans le cul-de-sac vaginal gauche, en cordon, on diagnostique un kyste ovarique avec pelvi-péritonite.

La laparatomie révéla qu'il s'agissait d'une collection purulente de la trompe gauche, fixée par de larges adhérences à la fois au fond de la vessie et à la paroi utérine antérieure.

Les ovaires ne peuvent être énucléés du sein des fausses membranes résistantes dans lesquelles ils étaient englobés. La tumeur tubaire put être enlevée, partie à l'aide du bistouri, partie à l'aide d'instruments mousses.

L'opération fut suivie d'une hémorragie en nappe au sommet de la vessie : tamponnement à la gaze iodoformée de l'excavation vésico-utérine. Fermeture de la plaie abdominale, sauf à l'angle inférieur par où passe la bande de gaze.

Durant les quatre premiers jours, phénomènes alarmants ; refroidissement du nez et des extrémités, dyspnée, vomissements, délire, pouls petit, fréquent, presque incomptable le 3e jour. Aucune fièvre. Le 4e jour, on enlève la gaze iodoformée. Il sort immédiatement de la cavité abdominale une certaine quantité de sang fluide couleur laque. Dès lors, cessation immédiate de tous les symptômes inquiétants, le pouls diminue rapidement de fréquence. Guérison.

Evidemment il s'agissait là d'accidents tenant partie à une hémorragie interne, partie à un empoisonnement par l'iodoforme. J. B.

II. — Femme de 28 ans, bonne santé habituelle, sauf de temps à autre quelques douleurs abdominales. En mai, coliques, petite fièvre, troubles gastriques. Purgatif. Bientôt apparaît de la rénittence, puis une tumeur dans la région du cæcum.

Diagnostic : périty phlite : un jour brusquement, défaillance, frisson violent, puis semi-collapsus. La tuméfaction est plus molle, moins saillante. On pense à la rupture de l'abcès. Laparotomie : on tombe, non sur une périty-phlite, mais sur une pyosalpingite rompue. Extirpation du sac et des deux ovaires. Guérison en un mois. On apprit qu'il y avait eu fausse couche cinq ans auparavant.

Edibohls mentionne deux éléments de diagnostic entre la périty phlite et la pyosalpingite. La tumeur de la périty phlite se place au-dessous et à la partie moyenne d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic.

Enfin, dans les six ou sept premiers jours, quand la tumeur n'est pas encore volumineuse, on peut, en introduisant un doigt dans le vagin et un autre dans le rectum, sentir très bien la pyosalpingite, tandis que la périty phlite n'est pas accessible par cette voie. P. DUFLOCQ.

Zur Behandlung von Beckenexsudaten (Traitement des exsudats pelviens), par WERNITZ (*Centr. für Gyn.*, 45, 9 *novembre* 1889).

Wernitz a obtenu, pour faire disparaître les exsudats du bassin, de très bons résultats du traitement suivant qu'il recommande à cause de sa simplicité.

Il consiste à entourer tout le bas-ventre avec une large bande de caoutchouc : cette bande doit partir depuis la partie inférieure des côtes et descendre jusqu'aux grands trochanters ; on remplira les interstices avec de l'ouate. Les tours de bande inférieurs doivent être plus serrés que les supérieurs. Ce bandage sera d'autant plus serré et devra rester d'autant plus longtemps en place que les exsudats seront moins dou-

loureux. En même temps, le vagin sera tamponné avec de la gaze iodoformée.

La première application du bandage sera faite avec une pression modérée, pour ne pas déterminer de réaction inflammatoire ; si elle est douloureuse on retirera l'appareil, et on le réappliquera les jours suivants, en le laissant chaque fois plus longtemps jusqu'à une tolérance parfaite.

Dans les cas aigus et fébriles on s'abstiendra du tamponnement iodoformé, et on ne serrera pas trop la bande ; dans ces cas même la douleur sera calmée par l'application du bandage.

Cet appareil agit selon l'auteur, en immobilisant les viscères abdominaux ; la respiration prend le type costal ce qui favorise encore cette immobilité. De plus, il modère l'afflux sanguin artériel et facilite au contraire la circulation veineuse. CH. MAYGRIER.

I. — Value of the operation for shortening the round ligaments, par MUNDÉ (*Amer. journ. of obst., novembre* 1888).

II. — Surgical treatment of the retroversion of the uterus with adhesions..., par Gill WYLIE (*Am. journ. of obst., mai* 1889).

III. — Ueber Operation complicirter Uterusvorfälle (Opération pour les prolapsus utérins compliqués), par FREUND (*Berlin. klin. Woch., n°* 43, 28 *octobre* 1889).

IV. — Le Fort's operation for complete procidentia of the uterus, par Charles TAFT (*Americ. j. of the med. sc., p.* 129, *août* 1889).

I. — Mundé a fait le premier, en Amérique, l'opération d'Alexander. L'expérience qu'il en a acquise lui permet d'affirmer que les indications de cette opération reposent sur trois points fondamentaux :

1° Les ligaments ronds peuvent-ils être trouvés et attirés facilement, et peut-on redresser l'utérus et le placer en antéversion ? Oui, à la condition de suivre les règles que voici : l'opérateur, placé du côté de la femme opposé à celui du ligament qu'il veut découvrir, marquera avec l'index gauche sur la peau la place exacte de l'épine du pubis, et, sans déplacer la peau, il fera une incision oblique de 4 à 5 centimètres, le doigt restant sur l'épine pubienne : ce doigt sert de guide pour reconnaître le ligament rond, qu'il est toujours facile d'attirer et d'isoler quand il n'y a pas d'adhérences.

2° Dans quelle variété de déplacement de l'utérus l'opération est-elle indiquée et peut-elle être suivie d'une guérison durable ? Dans la rétroversion, la rétroversion et le prolapsus; mais elle est contre-indiquée par l'existence d'adhérences; elle l'est encore dans les cas de prolapsus complet, avec chute du vagin; dans ce dernier cas, du moins, elle doit être précédée d'une opération plastique ayant pour but de retrécir le vagin et de restaurer le plancher périnéal, s'il y a lieu.

3° L'élévation de l'utérus est-elle suffisante et le résultat est-il permanent, ou faut-il avoir recours à une opération complémentaire ? Dans les cas de rétroversion, de rétroflexion et de prolapsus léger, l'opération d'Alexander suffit à elle seule à amener la guérison; mais il n'en est plus de même si le périnée est détruit, par exemple, et il faut alors commencer par la périnéorraphie, la colporraphie, etc.

En suivant bien ces indications, on n'éprouvera pas de mécomptes.

Mundé cite 23 opérations qu'il a pratiquées d'après ces principes ; dans plusieurs cas, il a dû faire en même temps une trachélorraphie ou une colpo-périnéorraphie, etc. 17 fois, le résultat obtenu a été excellent et durable.

II. — Lorsqu'il existe des adhérences, dues à de la salpingite, de la pelvicellulite chronique, etc., qui maintiennent l'utérus en rétroversion, on peut avoir recours à la laparotomie pour les détruire, et fixer ensuite l'utérus à la paroi abdominale. Or, Wylie a eu occasion depuis plusieurs années de recourir au raccourcissement interne des ligaments ronds, qu'il préfère à l hystérorraphie, et qui lui a donné des succès.

Voici comment il a pratiqué cette opération : les adhérences étant rompues et l'utérus redressé, il saisit le ligament rond à égale distance de la corne utérine et du pubis, et il l'attire vers l'ouverture abdominale. Il l'avive alors sur sa face interne, de façon à enlever le revêtement péritonéal ; puis il plie en deux le ligament, en l'accolant à lui-même, et entoure l'anse ainsi formée de trois ligatures de soie assez serrées pour maintenir le ligament dans cette nouvelle situation, mais pas assez pour diminuer la solidité.

Chaque ligament étant ainsi replié sur lui-même et lié, se trouve raccourci, et le fond de l'utérus est naturellement reporté en avant, contre la vessie et le pubis.

Un procédé à peu près analogue a été décrit par Bode (*Centr. f. Gyn.*, janvier 1889), mais la priorité appartient à Wylie. CH. MAYGRIER.

III. — D'après Freund, dans les conditions habituelles, la profondeur du repli de Douglas diminue peu à peu dans la vie extra-utérine ; mais en cas d'arrêt de développement, ce cul-de-sac garde ses dimensions premières, d'où une cause de prolapsus utérin.

Guidé par cette manière de voir, dans 2 cas de prolapsus et 1 de rétroflexion de l'utérus, Freund a incisé le repli de Douglas, suturé avec de la soie la portion susvaginale postérieure du col utérin au feuillet postérieur du repli de Douglas, immédiatement au-dessous du péritoine, et, après avoir refermé les parties latérales, tamponné la partie inférieure du cul-de-sac de Douglas. Enfin, il a refait le plancher pelvien par une colporraphie.

Dans la discussion, Hegar accueille favorablement cette opération de Freund, qu'il considère comme un progrès dans la technique observatoire des cas graves. J. B.

IV. — Après avoir examiné les différents procédés mis en œuvre pour remédier au prolapsus utérin, opération d'Emmet, d'Alexander, hystérorraphie, hystéropexie, etc., l'auteur considère comme méthode de choix, avant la ménopause, la colporraphie antérieure et postérieure unie à l'opération d'Alexander ; mais après la ménopause et chez les veuves, c'est à l'opération de Le Fort qu'il faut avoir recours, comme plus simple, l'opération s'effectuant presque tout entière en dehors du vagin, la femme dans la position dorsale, et ne présentant pas plus de danger qu'une périnéorraphie ordinaire. Si l'affrontement des surfaces avivées est bon, c'est la méthode qui sera le plus à l'abri d'une récidive.

L'auteur rapporte un cas opéré par Gaillard Thomas, en 1887, pour

une procidence complète de l'utérus, et qui, plus d'un an après, ne présentait pas trace de récidive. F. VERCHÈRE.

Zur Ventrofixatio Uteri, par SPÆTH (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, *p.* 760, 1889).

L'auteur relate 15 ventrofixations de l'utérus pratiquées par Prochownick. Dans tous les cas, il y avait rétroflexion ou rétroversion. Trois fois l'utérus était simplement refoulé, et cela par un myome de la paroi postérieure, un kyste dermoïde de l'ovaire droit, un kyste parovarique gauche. Deux fois la périmétrite chronique empêchait d'apprécier la cause exacte de la rétrodéviation. Cinq fois on constata des tumeurs inflammatoires des annexes de l'utérus (ovarite, salpingite suppurée) avec pelvipéritonite. Dans quatre cas enfin absence de tumeur, rétroflexion causée par des brides.

Douze fois il y avait des adhérences de l'utérus.

On a eu recours à plusieurs méthodes différentes : celles de Sänger-Olshausen, de Czerny, de Leopold, et enfin de Prochownick lui-même.

Une des opérées, atteinte d'insuffisance mitrale, a succombé au bout de six semaines. Chez les autres, résultats favorables. On a constaté, sauf dans un cas, que l'utérus conservait la situation désirée par l'opérateur. L. GALLIARD.

Concealed pregnancy... (De la grossesse méconnue et de ses relations avec la chirurgie abdominale), par A. van der VEER (*Journ. of Amer. med. Assoc.*, *p.* 543, 19 *octobre* 1889).

L'auteur cite en détails deux faits personnels (et quatre autres inédits) dans lesquels on a pratiqué une laparotomie pour fibrome utérin coexistant avec une grossesse qu'on avait méconnue.

Il a réuni 75 faits semblables en des tableaux dont l'examen montre les résultats suivants :

Sur 25 opérations (incision abdominale) pratiquées sur des sujets dont la grossesse n'avait pas été diagnostiquée avant l'intervention et atteints de fibro-myomes utérins, on note 10 guérisons, 14 décès, 1 résultat inconnu. L'opération de Porro fut pratiquée 13 fois, donnant 6 guérisons, 6 morts, 1 résultat inconnu.

Chez 5 malades on constata une grossesse dans un utérus bicorne : 4 guérirent, 1 mourut : une hystérectomie fut suivie de succès.

Une série de 34 opérations dans lesquelles on trouve coexistants des kystes de l'ovaire, et une grossesse (méconnue avant l'opération) donne 27 guérisons et 7 décès : en outre 13 femmes ayant été opérées ont été heureusement délivrées à terme.

Un dernier tableau renferme 11 cas dans lesquels l'intervention ne révéla qu'une grossesse (2 fois avec hydramnios) mais sans qu'il y ait de fibrome ou kyste : sept femmes ont guéri, deux ont succombé, deux résultats sont inconnus. MAUBRAC.

I. — Fatal peritonitis following ovarian apoplexy at the menstrual period (Péritonite mortelle consécutive à une apoplexie ovarienne), par FORDYCE (*N.-York med. Journ.*, *p.* 180, 16 *février* 1889).

II. — Note pour servir à l'étude des épanchements pleurétiques, compliquant les kystes de l'ovaire, par BUFFET (*Normandie médicale*, 15 *janvier* 1889).

III. — Ovariotomie pour un kyste multiloculaire de l'ovaire rompu, par POLAILLON (*Bull. Acad. de médecine*, 27 *août* 1889).

I. — L'apoplexie ovarienne s'est produite, dans ce cas, au moment des règles.

Fille de 15 ans, réglée normalement depuis un an. Après s'être exposée au froid, à l'époque des menstrues, elle rentre en se plaignant de douleur vive au niveau de l'ovaire droit. Délire, fièvre. T. 102° à 104° F. Peu de tympanisme, mais vomissements pendant 36 heures et diarrhée, puis mort après huit jours de maladie.

Autopsie de l'abdomen. Exsudat fibrino-purulent sur les viscères, surtout dans les parties inférieures. Pas de tubercules, pas d'ulcérations intestinales. A l'union de l'ovaire droit et de la trompe, extravasation sanguine de la grosseur d'une cerise. A la coupe, l'ovaire est rouge, congestionné. On y trouve un foyer hémorragique de la grosseur d'une noisette. A gauche, rien d'anormal. L'utérus est sain, l'hymen existe. L. GALLIARD.

II. — L'auteur publie deux cas de pleurésie chez deux femmes atteintes de kyste de l'ovaire; dans l'un, on ne pratique que des ponctions pleurales en laissant intact le kyste; la malade mourut dans l'épuisement. Dans le deuxième cas, une ponction abdominale fut faite, mais la terminaison fatale, quoique retardée, n'en survint pas moins. A cette occasion, Buffet rappelle que la pleurésie complique assez souvent ces kystes et qu'elle évolue d'une façon insidieuse. Elle est une indication d'une intervention qui doit s'adresser au kyste, toute autre médication contre l'épanchement pleurétique échouant fatalement. OZENNE.

III. — Jeune fille de 23 ans, sans antécédents pathologiques; il y a un an, apparition dans le bas-ventre d'une tumeur qui augmentait ou diminuait de volume par intervalle; depuis deux mois, ménorragies, accroissement du ventre et douleurs. A l'examen direct, on reconnaît une tumeur ovoïde, élastique, non fluctuante, donnant la sensation d'un kyste de l'ovaire multiloculaire; la circonférence de l'abdomen mesure 84 centimètres. Trois jours plus tard, à la suite d'un effort de défécation, la malade ressent dans le ventre un craquement et une violente douleur, et les jours suivants on constate les signes d'une péritonite. La laparotomie pratiquée sans retard, permet de retirer une grosse tumeur à l'extrémité supérieure de laquelle se trouve une déchirure, qui a laissé écouler sur l'épiploon et l'intestin un peu de liquide gélatineux et brunâtre. Le péritoine pariétal est rouge, congestionné, et l'épiploon très vasculaire. Après lavage antiseptique, suture de l'abdomen et pansement de Lister; suites excellentes. Le kyste, multiloculaire, pesait 2 kil. 920 grammes. OZENNE.

Ueber die Blosslegung des Uterus mittelst Spaltung des Septum recto-vaginale (Mise à nu de l'utérus par division de la cloison recto vaginale), par ZUCKERKANDL (*Wien. med. Presse*, *n°* 12, *p.* 465, 1889).

L'auteur atteint l'utérus, sur le cadavre, en ouvrant la cloison recto-vaginale (*R. S. M.* XXXIV, 157). L'espace obtenu par l'incision en forme de trapèze est assez large pour permettre l'introduction de la main. On attire l'utérus au dehors à l'aide d'une pince, en rétroflexion forcée, c'est-à-dire en faisant basculer le corps de l'organe d'avant en arrière; on voit à la face antérieure un léger repli indiquant la limite de la vessie. L'utérus entraîne au dehors les ligaments larges, les trompes, les ovaires, qu'on peut examiner librement.

L'extirpation de l'utérus peut s'opérer par cette voie plus aisément

que par la voie vaginale. D'abord la section des faisceaux du releveur de l'anus qui viennent du pubis permet d'attirer le rectum au dehors et d'agrandir par conséquent le champ de l'opération. Ensuite, il y a grand avantage à pouvoir inspecter les annexes, voir et lier l'artère utérine; on peut aisément éviter de léser les uretères. On peut en même temps enlever des parties de la paroi postérieure du vagin. Enfin il est plus facile d'obtenir l'antisepsie rigoureuse de la plaie dans l'espace recto-vaginal que dans le vagin. L. GALLIARD.

Angiome du méat chez la femme, par Paul PETIT (*Soc. Anat., p.* 468, 12 *juillet* 1889).

Femme de 59 ans, ayant eu la ménopause, sans accidents, à 42 ans. Brusquement, en mars dernier, elle perdit du sang par la vulve, à l'occasion de fatigues et d'efforts répétés. Ces hémorragies proviennent d'un angiome du méat urinaire. Cet angiome, circulaire, est développé sur la muqueuse qui, par une sorte d'extroversion, fait saillie au dehors. Ablation aux ciseaux et au thermo-cautère. A. BROCA.

Eine Freund'sche Totalexstirpation (Une ablation totale de l'utérus d'après la méthode de Freund), par SIPPEL (*Centr. für Gyn., n°* 49, 7 *décembre* 1889).

Femme de 60 ans, toujours bien portante, mère de six enfants, n'ayant plus ses règles depuis 12 ans. En janvier apparaît un écoulement séro-sanguinolent, intermittent, et sentant mauvais ; de petits débris sont expulsés et un médecin les prend pour des parcelles de fibrome.

Le diagnostic restant hésitant entre un fibrome sphacèlé et un cancer, une intervention est résolue ; mais, le jour même où elle doit avoir lieu, on fait un râclage qui ramène des debris qu'on examine : on y reconnaît les caractères du cancer, et on se décide alors à pratiquer l'opération de Freund.

On commence par inciser les culs-de-sac vaginaux autour du col et à détacher l'utérus de la vessie et du rectum comme dans l'hystérectomie vaginale. Le cul-de-sac de Douglas n'est pas ouvert, car il existe des adhérences étendues entre le rectum et l'utérus, et le péritoine est très épaissi. On fait avec une aiguille de Deschamps la ligature de la base des deux ligaments larges, et on sépare cette base de l'utérus.

La paroi abdominale est ensuite incisée sur la ligne médiane, et on constate alors que, malgré l'opération vaginale, l'utérus est très peu mobile à cause d'adhérences intimes entre sa face antérieure et l'épiploon et l'intestin ; ces adhérences sont détruites péniblement. On lie alors et on excise les trompes et les ovaires. Puis la partie supérieure des ligaments larges est ligaturée de chaque côté, et, avec des ciseaux, on sépare l'utérus du ligament large gauche d'abord, puis du droit. Après l'ablation de l'utérus, les fils des ligatures sont ramenés dans le vagin. On tamponne la cavité vaginale avec de la gaze iodoformée. On referme la paroi abdominale après avoir fait la toilette de la cavité pelvienne avec une solution faible de sublimé.

Pas de réaction fébrile, mais quelques phénomènes d'intoxication iodoformée. Au bout de 3 semaines, la malade se lève; elle sort guérie après 4 semaines 1/2. CH. MAYGRIER.

Du fonctionnement de la maternité de Lariboisière, par A. PINARD (*Revue d'hyg. et police sanit., XI*, 298, *avril* 1889).

Pinard emploie comme liquide antiseptique courant la solution de bi-iodure de mercure aux quatre millièmes. Il la remplace par la solution

aqueuse saturée de naphtol pour toutes les femmes chez lesquelles une intoxication est à redouter.

Aux compresses qui servaient d'éponge ou qui étaient appliquées sur les organes génitaux, il a substitué l'étoupe au sublimé.

Afin de prevenir l'ophtalmie chez les nouveau-nés, il instille dans les yeux, aussitôt après la naissance, quelques gouttes de jus de citron ; ce moyen lui parait préférable à la méthode de Credé; le cordon ombilical est pansé à sec avec de l'ouate au sublimé ou au biiodure.

Depuis l'origine du service, la morbidité a été constamment en diminuant. En effet, le nombre des femmes ayant présenté des suites de couches absolument physiologiques, c'est-à-dire sans trace d'élévation de la température a été :

En 1884, 375 0/00; en 1885, 620 0/00; en 1886, 755 0/00; en 1887 760 0/00; en 1888, 820 0/00.

Depuis le 1er novembre 1882 jusqu'au 1er janvier 1889, 12,580 femmes sont venues accoucher dans le service. La mortalité totale a été de 0,74 0/0; celle par infection puerpérale de 0,39 0/0. J. B.

Sull' apnea fisiologica dei neonati, par L. BOSSI (*La Riforma medica*, 17 *juillet* 1889).

Bossi a noté dans quelques accouchements normaux par le sommet le temps qui s'écoule entre la sortie complète de la tête et la première respiration de l'enfant, celui-ci étant laissé entre les jambes de la mère sans compression du cordon; 15 fois l'intervalle était inappréciable; dans 22 cas il a été de 1 à 20 secondes, dans 18 de 21 à 40 secondes, dans 21 de 41 à 60 secondes, dans 8 de 61 à 80 secondes, dans 1 de 150 secondes. Les enfants des multipares respirent plus tôt que ceux des primipares, ce qui est dû à la compression plus grande exercée sur ces derniers par les parties molles de la mère; les enfants peu développés ou nés avant terme respirent en général plus tardivement que les autres, en raison de la moindre excitabilité de leurs centres nerveux qui ne réagissent pas sous l'influence de l'acide carbonique du sang; la durée de la période d'apnée est plus longue lorsque l'accouchement a été lent. Parfois, lorsque la période d'apnée est nulle, le placenta est déjà engagé dans le vagin aussitôt après la sortie du fœtus. La cessation de la période d'apnée paraît due au décollement du placenta et à la cessation de l'apport de l'oxygène par le sang revenant du placenta, d'où accumulation de l'acide carbonique et excitation des centres bulbaires : ainsi s'explique la prolongation de cette période chez les primipares et dans les accouchements prématurés ou laborieux, circonstances dans lesquelles le placenta se détache plus lentement. GEORGES THIBIERGE.

Endocardite puerpérale tardive. Mélanénie, par LABADIE-LAGRAVE et PILLET (*Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, *mai* 1889).

R., 23 ans : primipare, accouche à terme d'une fille qui vécut. Elle avait eu de l'albuminurie dans les derniers temps de sa grossesse. Apparition des premiers accidents 15 jours après son accouchement. Ils sont caractérisés par un frisson, de la céphalalgie, des douleurs articulaires, de l'albuminurie en abondance. Elle succombe après 7 jours de fièvre persistante.

Il s'agit donc d'accidents infectieux tardifs.

A l'autopsie, on constate des infarctus pulmonaires rénaux et une endocardite verruqueuse qui n'avait donné lieu pendant la vie à aucun signe stéthoscopique et avait par conséquent passé inaperçue.

A l'examen microscopique, on constate que les leucocytes sont chargés de pigment qui leur donne une coloration variant du jaune au noir foncé.

L'examen du sang n'ayant pas été pratiqué pendant la vie de la malade, la mélanémie fut donc seulement constatée à l'autopsie. PORAK.

Du tétanos puerpéral et spécialement de ses causes et de sa pathogénie, par V. GAUTIER (*Revue médicale de la Suisse romande, IX*, 745, *décembre* 1889).

Aux 73 observations de tétanos puerpéral que Gautier a trouvées dans la littérature, il en ajoute une personnelle, dans laquelle le tétanos fut consécutif à un avortement à 2 mois; ce cas a eu une évolution chronique et a guéri après 47 jours de durée.

Les 74 cas, qui ont servi à l'étude de Gautier, sont survenus pour 36 à la suite d'avortements et pour 38 à la suite d'accouchements. Les femmes nègres n'y paraissent pas plus sujettes que les blanches. Les saisons n'ont aucune influence étiologique. Les femmes qui accouchent à partir de leur quarantième année y semblent un peu plus exposées. Les femmes ayant eu un grand nombre d'enfants n'y paraissent pas prédisposées. Dans 25 cas des 36 tétanos consécutifs à des avortements, la fausse couche avait eu lieu dans les 3 premiers mois de la grossesse. Sauf les 2 observations de Wiltshire (*R. S. M.*, I, 206), il s'agit de femmes pauvres, vivant à la campagne ou dans les faubourgs des villes. Un seul cas a débuté dans un hôpital. Il suit de là que presque toutes les malades se sont trouvées pendant leur accouchement dans des conditions de malpropreté, de misère, de manque de soins. Plusieurs observations concordent à faire admettre l'origine tellurique de cette maladie.

Le tamponnement d'une part, de l'autre l'extraction artificielle du placenta ou des membranes sont les seules pratiques obstétricales qui ont fréquemment été suivies de tétanos; or rien ne favorise mieux le contact avec des matières infectées.

La contagion d'une accouchée à une autre, ou même d'une malade tétanique consécutivement à un traumatisme, à une femme en couches n'a jamais été observée. De même, on n'a jamais cité de transmission du tétanos d'un nouveau-né à sa mère ou réciproquement. Le tétanos consécutif à l'avortement ou à l'accouchement débute à peu près aussi souvent dans la deuxième que dans la première semaine; 3 fois l'on a observé le début du trismus la veille de l'avortement ou de l'accouchement.

La marche ne diffère pas de celle du tétanos chirurgical. Les 38 cas de tétanos à terme ont donné lieu à 86,6 pour cent de morts et 13,4 pour cent de guérisons; les 36 cas de tétanos, suite d'avortement, fournissent des chiffres à peu près identiques : 84,3 pour cent de morts et 15,7 pour cent de guérisons. Dans les cas mortels, l'issue fatale arrive le plus souvent le 2° ou le 3° jours de la maladie.

La symptomatologie n'offre rien de spécial.

D'après Gautier, la cause de la gravité du tétanos puerpéral réside uniquement dans les complications septiques (20 fois sur 74). Le travail

de Gautier se termine par l'indication bibliographique des observations qui en sont la base (*R. S. M.*, V, 177 et 178; VII, 206). J. B.

Ueber Peptonurie in der Schwangerschaft und im Wochenbette (Peptonurie de la grossesse et des suites de couches), par H. THOMSON (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 44, *p.* 899, 1889).

Kœttnitz considère la peptonurie comme un signe certain de la mort du fœtus. Fischel l'admet au contraire chez le quart des femmes grosses et chez presque toutes les accouchées aux 2e et 3e jours.

L'auteur a analysé l'urine par le procédé de Stadelmann (acide acétique, ferrocyanure de potassium, réaction du biuret).

Chez huit femmes enceintes, dont quatre portaient des fœtus morts, l'urine ne contenait pas de peptone. Sur trois femmes en travail, il y avait une peptonurique; cette femme avait du reste un écoulement fétide.

Sur onze accouchées en bonne santé, trois avaient de la peptonurie le 2e et le 3e jours; une douzième, atteinte d'ictère et ayant des lochies fétides, émettait tous les jours une grande quantité de peptones.

Donc la peptonurie n'est pas un des caractères de la grossesse; elle n'indique pas la mort du fœtus; après l'accouchement elle n'existe pas fréquemment. L. GALLIARD.

Menthol gegen das unstillbare Erbrechen der Schwangeren (Menthol contre les vomissements incoercibles de la grossesse), par Sigmund GOTTSCHALK (*Berlin klin. Woch.*, *n°* 40, *p.* 875, 7 *octobre* 1889).

Dans deux cas de vomissements incoercibles, chez des femmes enceintes, Gottschalk a obtenu un succès immédiat à l'aide de menthol (1 gramme dissous dans 20 d'alcool et étendu de 150 d'eau : par cuillerées à bouche d'heure en heure).

Dans l'observation qu'il rapporte en détail, il avait dû pratiquer l'avortement artificiel pour la grossesse précédente, après avoir constaté l'inefficacité de la cocaïne, des lavages stomacaux, des courants constants et de la manœuvre de Copeman. J. B.

I. — Vomitus gravidarum perniciosus, par WIESEL (*Wien. med. Presse*, *n°* 29, *p.* 118, 1889).

II. — Contributo alla etiologia e terapia del vomito incoercibile nelle gestanti, par R. FUGLIATTI (*Il Morgagni*, *juillet et août* 1889).

III. — Etiologie et traitement des vomissements incoercibles de la grossesse, par GUÉNIOT (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 17 *septembre* 1889).

I. — L'auteur a réussi à conjurer des accidents graves en sollicitant les contractions de l'intestin d'une façon très simple.

Une femme de 20 ans, anémique, ayant eu ses dernières règles à la fin de décembre 1888, commence à souffrir, le 20 janvier 1889, de nausées et de vomissements pénibles; pas de fièvre. Pouls 80 à 100. Elle consulte le médecin le 2 février. Malgré la médication la plus variée (glace, champagne, tanin, noix vomique, cocaïne, morphine, brome, etc.), la situation s'aggrave. La patiente ne peut quitter le lit, elle maigrit et perd les forces; insomnie, langue sèche, urine rare, constipation opiniâtre.

Le 19 février, lavement composé de 200 grammes de lait chaud, 2 grammes

de bromure de potassium et 2 grammes d'hydrate de chloral, un jaune d'œuf. Le résultat est favorable. La patiente peut garder une tasse de lait, mais bientôt les vomissements recommencent.

Les jours suivants, on est forcé de donner trois lavements et même davantage. La paralysie intestinale est complète. L'intestin admet plus de 2 litres de liquide sans que la moindre évacuation se produise. On finit cependant, grâce au sel marin, par provoquer une selle copieuse, le 20 février.

A partir de ce moment, amélioration notable. Le 2 mars, la malade peut se lever. Mais la constipation reparaît bientôt, et le 8 mars les vomissements se montrent avec leur caractère primitif. Jusqu'au 17 mai, époque des premiers mouvements du fœtus, la malade est obligée de prendre au moins deux lavements par jour. La grossesse évolue ensuite sans incident. L. GALLIARD.

II. — Il faut tenir grand compte, dans l'étiologie des vomissements incoercibles de la grossesse, des divers états, ordinairement pathologiques, qui gênent plus ou moins l'expulsion des sécrétions utérines; ce qui prouve leur importance, c'est la disparition des vomissements lorsque ces sécrétions sont évacuées ou que leur écoulement est rendu libre. Cette même cause intervient parfois dans les vomissements simples de la grossesse. Lorsque les vomissements incoercibles forcent à recourir à l'interruption artificielle de la grossesse, le meilleur moyen consiste dans l'emploi des bougies élastiques pleines, de calibre croissant (2 à 3 millimètres), introduites de 5 à 6 centimètres dans l'utérus, et laissées en place deux à trois heures après le début des contractions utérines.

GEORGES THIBIERGE.

III. — D'après Guéniot, trois organes ou appareils organiques concourent à la production des vomissements incoercibles de la grossesse. D'une part l'utérus, qui est le foyer même de la grossesse, en même temps qu'une source d'excitation spéciale pour les autres organes lorsqu'il est le siège de quelques lésions, ulcérations, tumeurs, etc.—D'une autre part, le système nerveux, qui, à l'aide de son pouvoir réflexe, transmet à distance cette excitation. — Enfin l'estomac, qui subit d'une manière excessive l'action du stimulus utérin.

Ces trois facteurs concourent d'une manière très inégale à la genèse de la maladie; aussi, pour la combattre sûrement, faut-il avoir recours à un traitement complexe qui s'adresse à ces trois sources des vomissements; pour cela on doit chercher : 1° à apaiser l'excitation morbide ou anormale de l'utérus, en remédiant aux divers états pathologiques qui la produisent. A cet effet la belladone, la cocaïne, la morphine, des injections vaginales ou des topiques appropriés, le pessaire Gariel, la surélévation du siège avec décubitus en déclivité du tronc, les cautérisations et même la dilatation artificielle du col sont autant de ressources qui peuvent être, suivant les cas, très fructueusement appliquées; 2° il faut diminuer l'activité ou supprimer l'exagération des transmissions réflexes par l'emploi du chloral, du bromure, des pulvérisations d'éther, etc.; 3° enfin, l'intolérance de l'estomac doit être combattue par les moyens qu'en pareil cas on met ordinairement en usage. OZENNE.

Die conjugata eines engen Becken ist keine konstante Grösse... (La longueur du diamètre promonto-pubien d'un bassin rétréci varie suivant l'attitude de la femme), par G. WALCHER (*Centr. für Gyn.*, 51, 21 *décembre* 1889).

Lorsqu'on examine sur un lit à spéculum une femme dont le bassin est

aplati d'avant en arrière dans des positions différentes, on trouve des variations dans la longueur du diamètre conjugué.

Ce diamètre est moins considérable quand la femme est couchée sur le dos, le tronc un peu élevé et les genoux fléchis au maximum, les cuisses touchant l'abdomen, que lorsqu'elle est placée horizontalement, le siège soulevé par un coussin et les jambes étendues et pendantes. Dans cette dernière situation, le diamètre conjugué diagonal (promonto-sous-pubien) diminue de 9, 13, 8 millimètres, en moyenne de 8 millimètres.

Aussi arrive-t-il que chez des femmes dont le bassin est peu rétréci, le promontoire, accessible au doigt quand on leur fléchit les genoux, devient inaccessible si on leur fait étendre les jambes.

Walcher a vérifié très exactement ce fait qu'il avait constaté sur le vivant, sur le cadavre d'une femme morte d'éclampsie ; il a trouvé dans les deux attitudes indiquées une différence de 8 millimètres dans la longueur du diamètre promonto-pubien.

On devra donc à l'avenir tenir compte de ces données pour la mensuration des bassins plats. L'auteur se propose de continuer ces intéressantes recherches, et engage ses confrères à les contrôler.

CH. MAYGRIER.

Uber die Ruptur und Vereiterung der Beckengelenke..... (Rupture et suppuration des articulations du bassin pendant l'accouchement et les suites de couches), par DÜHRSSEN (*Arch. für Gyn., XXXV*, 1).

La suppuration des symphyses du bassin, qu'elle survienne à la suite d'une rupture ou dans une articulation intacte, a été peu étudiée des auteurs. Dührrsen en a réuni 33 observations, dont une personnelle, et il a pu tracer l'histoire pathologique de cette lésion. Elle peut se résumer ainsi : L'affirmation des accoucheurs que « le pronostic de la suppuration des symphyses est défavorable » n'est pas acceptable en ces termes. D'abord on ne doit point établir ce pronostic sur les cas où l'affection est sous la dépendance de la septicémie ou de la pyohémie ; c'est alors l'infection qui domine la scène.

En dehors de ces faits, le pronostic dépend purement et simplement du mode de traitement. Il est défavorable si on ne donne pas écoulement au pus ; la mort survient alors dans 70 pour cent des cas. La guérison sans incision n'a lieu que si, l'articulation étant ouverte, le pus s'écoule librement au dehors, ou s'il se fait une ouverture spontanée de l'abcès.

Après la sortie du pus, la guérison a habituellement lieu avec formation d'un cal osseux.

Les causes de la suppuration des symphyses sont : la pyohémie, l'infection non septique consécutive à une plaie du vagin, et, en dehors des suites de couches, la tuberculose..

Lorsque, consécutivement à une rupture des symphyses, de la fièvre survient dans les sept premiers jours, on ne doit pas conclure fatalement à la production de pus dans l'articulation : cette fièvre peut tenir à la résorption du sang épanché. Mais la suppuration devient évidente si la fièvre persiste, si la douleur locale ne disparaît pas, et si le gonflement articulaire va en augmentant.

La suppuration d'une symphyse non rompue peut être facilement reconnue. Toutes les fois qu'il survient de la fièvre sans cause appréciable pendant les suites de couches, on doit examiner avec soin les articulations du bassin.

L'incision doit être pratiquée de bonne heure pour éviter les fusées purulentes.

L'extraction manuelle des épaules, quand elle est laborieuse, ne peut être une cause de rupture symphysaire que lorsque l'articulation présente déjà des altérations pathologiques. CH. MAYGRIER.

Rupture of the umbilical cord during labor, with laceration of the abdominal walls, par WERDER (*Amer. Journ. of obst., février* 1889).

L'observation suivante est un cas unique dans la science, d'après Werder, de déchirure de la paroi abdominale, produite par arrachement du cordon, pendant le travail.

Appelé, en octobre 1884, chez une primipare en travail, l'auteur constate une présentation du sommet en O I GA : le bassin est bien conformé. La période de dilatation s'effectue normalement, mais la tête reste immobile et ne progresse pas pendant la période d'expulsion, malgré les efforts de la femme. Les battements du cœur se modifient, du méconium s'écoule, et Werder applique le forceps. La tête une fois extraite, les épaules restent immobiles et la rotation du tronc ne s'accomplit pas. La main, profondément engagée, sent derrière le dos du fœtus une masse molle qui est reconnue pour un spina bifida, et qu'on suppose être l'obstacle à la sortie du tronc. Des tentatives d'extraction sont alors faites à l'aide de tractions sur la tête d'abord, puis en passant les doigts dans les aisselles du fœtus. A un moment donné, pendant ces tractions, un craquement brusque se fait entendre et immédiatement le tronc est expulsé. L'enfant respire quelques minutes, puis succombe. Un énorme spina bifida occupe la région dorsale. Mais le fait le plus frappant est un arrachement du cordon ombilical, qui s'est produit au niveau de son insertion à l'ombilic. Il y a, en ce point, une perte de substance à la paroi abdominale dans une étendue de 2 centimètres environ; la cavité péritonéale est ouverte et l'intestin fait procidence. Dix minutes plus tard, délivrance par expression. L'examen du cordon donne alors l'explication de l'accident : il est, en effet, d'une grande brièveté, car il n'a pas plus de 10 centimètres de long; il est épais et résistant; à son extrémité ombilicale est appendu le lambeau cutané circulaire qui a été arraché à la paroi abdominale. CH. MAYGRIER.

On the action of certain drugs on the pregnant uterus, par Lombe ATTHILL (*Brit. med. j., p.* 350, *février* 1889).

Une femme enceinte de dix semaines, ayant déjà fait deux fausses couches, est prise d'hémorragie et de menaces d'avortement. Pour éviter une trop grande effusion de sang, l'accident étant considéré comme inevitable, Atthill prescrit de l'ergot de seigle et voit non seulement l'hémorragie cesser, mais les menaces d'avortement disparaître et la grossesse se terminer favorablement au temps voulu. Il en conclut que quand l'utérus n'a pas été excité, l'ergot de seigle, loin d'être un abortif, est utile alors qu'on peut craindre un avortement. H. R.

I. — Zur Pathogenese der Placenta praevia, par ALTENBACH (*Berlin. klin. Woch., n°* 43, *p.* 944, 28 *octobre* 1889).

II. — Ueber die Entstehung der Placenta marginata, par KLEIN (*Ibidem*).

I. — Kaltenbach se rallie à l'explication de Hofmeier sur la patho-

génie de l'insertion vicieuse du placenta. Sur l'orifice interne du col se trouve la caduque et au-dessus de celle-ci la caduque réfléchie dans laquelle s'est développé le placenta; c'est la seule façon possible d'expliquer l'insertion du placenta de l'orifice interne du col.

Pour s'en rendre compte, il faut remonter aux premier temps de la grossesse, à l'époque où l'œuf était encore entouré de villosités. Quand la nutrition dans la caduque inter-utéro-placentaire est insuffisante, les villosités de la caduque réfléchie persistent. Si la nutrition ne devient insuffisante qu'avec le temps, de nouvelles villosités apparaissent dans la caduque réfléchie, donnant lieu au placenta marginal.

La cause de l'insertion vicieuse du placenta réside donc dans une endométrite persistante qui entrave la nutrition de l'œuf.

II. — Pour expliquer la formation du placenta marginal, Klein admet que dans le premier mois de la grossesse, il existe constamment à la limite des caduques vraie, inter-utéro-placentaire et réfléchie un épaississement de la caduque qui rétrocède normalement. Lorsqu'au contraire il persiste par suite de processus inflammatoires, se produisant soit le placenta circumvallata, soit le placenta marginata si les villosités choriales végètent latéralement par dessus le bourrelet circulaire. J. B.

Trois opérations césariennes sur la même femme, par TOUTANT (*Bull. Soc. de méd. de La Rochelle, p.* 95, 1887).

Ces opérations ont eu lieu : la 1re le 5 mars 1880, la 2e le 17 juin 1884, la 3e le 23 décembre 1886. Dans l'intervalle des deux premières opérations, l'opérée, devenue enceinte, avait été prise de douleurs pour accoucher le 14 juillet 1882; mais après l'écoulement des eaux de l'amnios par une rupture de la cicatrice de la première opération, les douleurs ont cessé, et la malade a conservé son enfant momifié jusqu'au 17 juin 1884, jour où il a été extrait en même temps qu'un autre enfant à terme.

Cette femme avait antérieurement accouché cinq fois d'une manière heureuse. Ces opérations ont été pratiquées à la campagne presque sans aide, d'extrême urgence; elles n'ont amené que des enfants morts, mais les suites au point de vue de la mère ont été très satisfaisantes. LEFLAIVE.

Sulle fratture intra-uterine della testa fœtale, par A. GUZZONI DEGLI ANCARANI (*Il Morgagni, novembre et décembre* 1889).

De diverses observations et d'expériences personnelles, l'auteur conclut que le crâne du fœtus peut être le siège de fractures intra-utérines à la suite de traumatismes subis par la mère (chute d'un lieu élevé, coup de bâton sur l'abdomen) et que ces fractures peuvent se produire alors même que le sac amniotique ne se rompt pas sous l'influence du traumatisme. GEORGES THIBIERGE.

De l'emploi des injections hypodermiques de caféine dans le traitement de la métrorragie post partum, par MIRASCHI (*Nouv. Arch. d'obst. et de gyn., novembre* 1889).

D'après les expériences de Coppola, les injections hypodermiques de caféïne agissent en excitant directement la fibre cardiaque et en produisant une hyperémie de l'encéphale, analogue à celle que déterminent les opiums. Elles sont moins excitantes, mais plus toniques que les injections hypodermiques d'éther. Celles-ci ne répondent donc pas à la

même indication, car leur action est plus rapide, mais aussi moins prolongée. Aussi est-il bon de les associer dans le traitement des hémorragies post partum. Leur emploi laisse intactes les indications tirées de la cause de l'hémorragie. PORAK.

Heisse Ausspülungen von 40° R. post-partum (Injections chaudes à 40° R. après l'accouchement), par DEIPSER (*Centr. f. Gyn.*, 22, 1er *juin* 1889).

La question des injections après l'accouchement n'est pas résolue de même par tous les accoucheurs. Beaucoup s'en abstiennent après un accouchement simple et ne les emploient que quand le travail a été laborieux et a nécessité une intervention, ou lorsque des signes d'infection apparaissent pendant les suites de couches. Deipser fait remarquer qu'après un accouchement il est à peu près impossible de prévoir s'il y aura ou non des phénomènes infectieux, et il préconise la pratique des injections post partum à titre préventif.

Après tout accouchement, la délivrance terminée, on doit faire une injection d'un litre d'eau chaude à 40° Réaumur, la femme étant placée sur un bassin, le tronc incliné en bas ; cette injection est renouvelée chaque jour une fois, pendant six jours. L'eau est additionnée d'un antiseptique quelconque : sublimé, acide phénique, créoline.

Ces injections ont pour but de faire contracter l'utérus par la chaleur de l'eau et d'éviter ainsi l'inertie et les hémorragies, et d'entraîner au dehors les caillots, corps étrangers, germes, etc. Elles sont absolument inoffensives; si en raison de la déclivité du tronc elles pénètrent dans l'utérus, c'est là un avantage. Il faudrait seulement prendre quelque précaution pour que le liquide ne séjournât pas dans l'utérus si on se servait d'une solution de sublimé, afin d'éviter une intoxication.

Ce moyen très simple a l'avantage d'être à la portée des sages-femmes. Il faut seulement se souvenir que si l'eau chaude n'impressionne pas douloureusement le vagin, elle est souvent difficilement supportée au niveau des organes génitaux externes ; aussi devra-t-on enduire la vulve de vaseline et interrompre de temps en temps le cours du liquide.

CH. MAYGRIER.

Action de l'eau chaude sur l'utérus pendant la puerpéralité, par A. PINARD (*La Médecine moderne*, 22 *décembre* 1889 *et* 2 *janvier* 1890).

Pendant la grossesse, la balnéation vaginale, quelles que soient sa durée et la température de l'eau, ne peut déterminer les contractions utérines ; aussi peut-on et doit-on traiter pendant la grossesse les vaginites par les irrigations chaudes et médicamenteuses.

Pendant le travail, l'eau chaude augmente la puissance de la contraction sans lui faire perdre ses caractères physiologiques : aussi doit-on employer les irrigations intra-utérines chaudes quand la période de dilatation dépasse la durée moyenne et quand la mort du fœtus et la rupture de l'œuf exigent une expulsion rapide aussi bien dans l'avortement que dans l'accouchement.

Pendant la délivrance, les irrigations chaudes exercent la même action que pendant le travail ; mais à l'action ocytocique vient se joindre l'effet hémostatique. GEORGES THIBIERGE.

MALADIES DES ENFANTS.

Blutkœrperchenzaehlungen und Hæmoglobinbestimmungen bei Kindern (Numération des globules et mensuration de l'hémoglobine chez les enfants), par STIERLING (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLV, p.* 75).

Stierling s'est servi pour la numération des globules de l'appareil de Thoma-Zeiss ; pour la mensuration de l'hémoglobine de l'hémoglobinomètre de Gowers. Le nombre des globules chez l'enfant est à peu près le même que chez l'adulte ; mais ces globules sont un peu plus pauvres en hémoglobine (81 : 91).

Sous l'influence du fer on observe une élévation de la quantité d'hémoglobine chez les enfants anémiques ; elle est due à l'augmentation du nombre des globules et à la modification de la qualité de ces globules. C'est surtout ce dernier élément que l'on constate dans les anémies d'intensité moyenne, et l'augmentation du nombre que l'on relève dans les formes légères et les formes graves.

L'arsenic abaisse le nombre des globules ; son influence est sensible déjà avec des doses faibles. En même temps la valeur des hématies en hémoglobine s'abaisse. Cette anémie arsenicale est plus marquée et plus durable lorsqu'il y a des troubles gastriques : au contraire, la réparation du sang est rapide lorsque l'action de l'arsenic a été légère et qu'il n'y a pas eu, sous son influence, de troubles digestifs.

L'huile de foie de morue a sur l'anémie des enfants une influence favorable, mais peu accentuée ; chez les anémiques la richesse en hémoglobine s'élève un peu plus que le nombre des globules. Son influence sur les enfants sains n'est pas sensible.

L'auteur a également pratiqué des examens comparatifs du sang chez des enfants faisant partie de colonies scolaires envoyées en vacances dans les montagnes du canton d'Appenzell. La durée du séjour était de trois à quatre semaines.

Chez la plupart, le nombre des globules et la quantité des globules avait diminué, dans la proportion de 12 pour 100, tant pour le chiffre des hématies que pour la richesse du sang en hémoglobine. A. MATHIEU.

I.— Guide pratique du pesage pendant les deux premières années, par SUTILS (*In-8°, Paris,* 1889).

II.— Des résultats fournis par la pesée quotidienne des enfants à la mamelle, par LAURE (*Thèse de Paris*, 1889).

I. — Les moyennes mensuelles d'augmentation des enfants dans le cours de la première année sont restées classiques depuis le travail de Bouchand. L'auteur pense, d'après ses recherches, qu'elles sont un peu trop basses et qu'il faut les corriger ainsi : Jusqu'au 8e mois, il admet avec Bouchand qu'en moyenne l'enfant gagne successivement par mois 750 grammes, 700 grammes, 650 grammes, 600 grammes, 550 gram-

mes, 500 grammes, 450 grammes ; mais que le 8e et le 9e mois l'enfant gagne 400 grammes, le 10e et le 11e mois 350 grammes, le 12e et le 13e mois 300 grammes. Il a le premier évalué les gains mensuels moyens de poids dans le cours de la 2e année, ils sont de 250 grammes, le 14e, 15e, 16e et 17e mois, de 200 grammes les 18e, 19e, 20e et 21e mois, de 150 grammes les 22e 23e et le 24e mois. C'est là une moyenne. Il y a des enfants qui gagnent beaucoup plus, et cela ne semble pas une preuve certaine de santé, ces enfants sont souvent atteints de lésions cutanées, de troubles divers, de complications de l'évolution dentaire, tandis qu'on voit d'autres enfants qui gagnent moins et dont la santé ne laisse rien à désirer. L'auteur étudie ensuite les modifications des pesées dépendant de l'insuffisance de lait, de la dentition, du sevrage, des déplacements, du manque de soins, des accidents, de la débilité congénitale, de la scrofule, des affections intestinales, de la coqueluche et des maladies diverses intercurrentes; de la grossesse, de l'apparition des règles, des maladies de la nourrice, etc. Il est difficile de suivre l'auteur dans tous ces détails, mais on peut approuver sa conclusion que le relevé et l'interprétation des pesées régulières du fœtus révèlent au médecin inspecteur des faits qui autrement pourraient lui échapper.

II. — Ce travail moins étendu que le précédent aboutit à des conclusions analogues. La perte initiale est fixée à 170 grammes, elle présente de grandes variétés. Les enfants les plus gros perdent davantage et les enfants avant terme perdent moins. Comme précédemment, l'auteur, tout en mettant en garde contre l'allaitement au biberon, indique cependant les conditions d'augmentation souvent extraordinaire des enfants qui supportent cette alimentation. Ce sont de gros mangeurs et leur santé n'est pas toujours pour cela meilleure. PORAK.

Sur un cas de malformation congénitale du cœur sans cyanose, par CHAPOTOT (*Lyon méd.*, 8 *décembre* 1889).

Chez un enfant de 20 mois, mort de scarlatine, Chapotot a rencontré les anomalies cardiaques suivantes, qui ne s'étaient décelées pendant la vie par aucun symptôme.

Volume du cœur à peu près normal. Absence complète d'orifice auriculo-ventriculaire droit; absence du septum inter-auriculaire, qui n'est représenté que par un éperon de 2 à 3 millimètres. Perforation du septum inter-ventriculaire; atrophie du ventricule droit. Pas de lésions ni de transposition des vaisseaux afférents ou efférents. Absence de tout autre malformation. A. C.

De la péricardite chez les enfants, par CNOPF (*Münch. med. Woch.*, *n°* 21, 21 *mai* 1889).

La péricardite est rare chez les enfants. Cnopf l'a constatée 10 fois sur 459 malades et l'a trouvée 7 fois dans 130 autopsies.

La scarlatine et la tuberculose sont les 2 facteurs étiologiques principaux.

Le frottement péricardique est très difficile à constater. Les adhérences des 2 feuillets sont fréquentes. P. TISSIER.

Ueber acutes umschriebenes Œdem der Haut und paroxysmale Hämoglobinurie (Œdème aigu circonscrit de la peau avec hémoglobinurie paroxystique), par JOSEPH (*Verhandl. d. dermat. Gesellsch. Prague*, 1889).

Enfant de cinq ans venu pour la première fois à la policlinique le 8 mai 1888. Depuis deux ans il présente, chaque fois qu'il s'expose au froid, des œdèmes aigus circonscrits de la peau qui disparaissent sans laisser de traces après un court séjour à la chambre. Pendant le dernier hiver (1887-88), après un refroidissement, l'enfant eut une nouvelle rechute, et cette fois l'urine présenta de l'hémoglobinurie avec une coloration d'un rouge noirâtre foncé. Après un séjour au lit et une transpiration, il se trouva rétabli le lendemain. Un cousin, âgé de huit ans, présentait la même maladie. Malgré ces accidents, l'enfant est vigoureux, bien constitué, d'un bon tempérament. Dans l'intervalle des paroxysme, l'urine était normale, sans albumine.

Cette coïncidence des œdèmes aigus de la peau avec l'hémoglobinurie paroxystique n'a pas été encore mentionnée ; l'influence du froid tient le premier rang dans l'étiologie, mais il faut tenir compte aussi de ce que la mère avait fait prendre à l'enfant une trop grande quantité de vin de Hongrie. Cette manière de voir est corrborée par une autre observation d'œdème aigu survenu chez un homme et dans laquelle l'influence de l'alcool ne peut être mise en doute. F. BALZER.

Microcéphalie et ossification prématurée du crâne chez un nouveau-né, par GUÉNIOT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 5 *novembre* 1889).

Cette fillette, âgée de 8 jours, pesait à sa naissance 2,700 grammes. Elle mesure 46 centimètres de long. On remarque sur elle certains traits de l'anencéphalie : les yeux sont saillants, mais, contrairement à la disposition normale, la moitié antérieure de la tête prédomine sur la moitié postérieure. Le front est étroit et fuyant : les os pariétaux, peu incurvés, sont aplatis de haut en bas. L'occipital semble avoir gagné en épaisseur ce qu'il a perdu en hauteur ; ses bords superieurs, au lieu de s'unir angulairement en haut, forment une ligne droite, transversalement dirigée et à ce niveau existe un bourrelet osseux, véritable hyperostose, qui forme un relief de 5 à 6 millimètres sur le bord correspondant des pariétaux.

Sauf au niveau du bregma, où se trouve une petite dépression à peine large de 4 millimètres, on ne découvre nulle part d'espace membraneux, qui rappelle les fontanelles ou les sutures. Partout on constate une résistance et une dureté, qui indiquent que les os sont solidement soudés entre eux. Parmi les diamètres du crâne, le sous-occipito-bregmatique (67 millimètres) et le bi-pariétal (70 millimètres) ont subi la plus forte réduction ; il faut encore mentionner le bi-temporal (75 millimètres). OZENNE.

Ueber die sogenannte Katarrhalpneumonie nach Masern und Keuchhusten (Sur la prétendue pneumonie catarrhale consécutive à la rougeole et à la coqueluche), par E. KROMAYER (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVII*, *Heft* 3).

Kromayer décrit l'état du poumon de 6 enfants morts de pneumonie consécutive à la rougeole et de 3 enfants atteints de pneumonie lobulaire, à la suite de coqueluche.

Dans un premier groupe de foyers, on voit les alvéoles pulmonaires contenir des cellules rondes et des cellules épitheliales qui se sont détachées. On y trouve en petite quantité du sang et de la fibrine. Les

espaces alvéolaires sont élargis. Le tissu conjonctif entourant les bronches est peu modifié et ne présente que peu de leucocytes. Ce sont là les foyers de la broncho-pneumonie.

Dans un second groupe de foyers, ceux-ci atteignent les dimensions d'un pois et montrent une prolifération abondante du tissu conjonctif, péribronchique et périvasculaire, laquelle s'étend jusque sur les infundibula et les conduits alvéolaires. Ces derniers présentent un épaississement de leurs parois. Simultanément on trouve, à côté de cette inflammation interstitielle, une multiplication de l'endothélium alvéolaire : celui-ci prend la forme d'un épithélium cubique constituant des traînées tubuleuses ou circulaires. De nombreux leucocytes venant s'accumuler dans les espaces alvéolaires, tout le processus finit par amener une hépatisation complète des portions malades. La bronche sus-lobulaire et intra-lobulaire qui occupe le centre du foyer reste libre quelque temps encore; mais peu à peu elle se remplit d'épithélium cylindrique et de leucocytes ou bien des produits de sécrétion provenant de l'alvéole.

Dans la plupart des cas précédents les foyers du second groupe étaient de beaucoup les plus abondants, de sorte qu'on peut considérer les foyers formés de tissu interstitiel comme caractéristiques de la pneumonie mentionnée. Par conséquent, les foyers lobulaires que détermine l'hypersécrétion des bronches représentent un facteur de second ordre dans la genèse de cette maladie.

Ajoutons encore que Kromayer a rencontré des cellules géantes d'origine épithéliale dans tous les foyers de pneumonie lobulaire. Il pense que les amas épithéliaux qu'on trouve dans les inflammations chroniques du poumon dérivent, non pas de l'épithélium cylindrique des bronches, mais des cellules endothéliales de l'alvéole. ED. RETTERER.

Ueber wiederholte Masernerkrankungen (Récidives de la rougeole), par H. SENATOR (*Charité Annalen*, *p.* 334, 1889).

Les auteurs s'accordent généralement à considérer les récidives de la rougeole comme rares, beaucoup plus rares que celles de la scarlatine. Trojanowsky, cependant, sur 260 enfants, a relevé 15 fois la récidive de la scarlatine, et 3 fois chez 40 adultes; soit 6 0/0. Il a constaté la récidive de la rougeole 12 fois sur 120 enfants et 2 fois sur 30 adultes, soit environ 7 0/0. Dans le cas de Senator, il y a eu 15 jours, 2 mois 1/2, 1 mois d'intervalle entre les poussées de rougeole. Dans le premier cas, le mot de rechute conviendrait peut-être mieux. Enfin, la mère d'un de ses petits malades a eu la rougeole, l'ayant eue déjà dans son enfance. Deux autres petits malades étaient les neveux de cette femme. Il semble donc y avoir là une prédisposition familiale signalée déjà en semblable circonstance. A. MATHIEU.

Sur la tuberculose infantile, par Oskar MÜLLER (*München. med. Woch.*, *n.* 50-51-52, *décembre* 1889).

Ce long mémoire est consacré à l'étude de la fréquence relative de la tuberculose infantile, étudiée d'après la statistique de l'institut anatomo-pathologique de Munich. Puis, sont passées en revue, d'après leur degré de fréquence, d'après leurs caractères propres, d'après leur évolution, les diverses localisations de la tuberculose infantile. Quoique ne contenant

pas de faits bien neufs, ce travail est fort important, mais ne saurait guère être résumé. P. TISSIER.

Hernia of the pleura into the neck (Hernie de la plèvre dans le cou), par G. FOWLER (*Annals of surgery, p.* 321, *mai* 1889).

Un enfant fut atteint à l'âge de 3 mois de bronchite aiguë avec violentes quintes de toux : en même temps que la bronchite diminuait, il se développait sur le côté droit du cou une tumeur surtout volumineuse pendant la toux et les cris, et disparaissant presque à l'inspiration : puis une tumeur semblable apparut au côté gauche du cou. — Six mois après le début de la bronchite, les deux tumeurs étaient développées de chaque côté de la trachée : dyspnée constante, aphonie ; mort d'une attaque de bronchite aiguë.

Autopsie : rupture de la première bronche dans le lobe supérieur du poumon droit : l'air épanché sous la plèvre la détache du poumon, et en forme un sac qui s'échappe par le sommet de la cavité pleurale et renforce les parois de la plèvre costale. Dans le cou, le sac se renforce de l'aponévrose profonde, passe derrière la trachée, entoure l'œsophage, arrive dans le côté droit du cou, puis descendant repousse l'aponévrose profonde, la plèvre costale du sommet gauche, et pénètre dans la cavité pleurale de ce côté. MAUBRAC.

I. — The cœliac affection in children, par A. GIBBONS (*Edinb. med. journ., p.* 321, *octobre et novembre* 1889).

II. — Perforation of the vermiform appendix, par BOLDT (*New York med. record., p.* 304, *septembre* 1889).

III. — Congenital tubercular mesenteric disease..., par Samuel Clarke NOBLE (*The Amer. journ. of med. sc., p.* 29, *juillet* 1889).

I. — Affection nouvelle d'après l'auteur, qui dit ne l'avoir trouvé décrite nulle part. Il l'appelle *cœliac affection*, faute d'autre expression. Ce nom n'implique pas l'idée de diarrhée, il n'a d'autre but que d'indiquer que c'est une maladie de l'abdomen. L'auteur rapporte 4 cas qu'il a choisis parmi beaucoup d'autres.

Les caractères principaux de cette affection sont pour l'auteur : des selles abondantes, mais non nombreuses, souvent une seule par jour, blanches ou blanchâtres, écumeuses, horriblement fétides, la pâleur de la peau, la perte de la force musculaire ; elle survient chez les enfants âgés de 1 à 5 ans. Le plus jeune observé avait entre 10 et 11 mois. Du côté des parents on ne trouve ni tuberculose ni syphilis. — L'examen attentif des fèces ne renseigne nullement sur la nature de cette affection; on n'y trouve rien d'anormal, aucun bacille tuberculeux, malgré les plus attentives recherches. — A l'examen de l'intestin on ne découvre ni congestion de la muqueuse ni ulcération. Le foie ni la rate ne présentent de lésions.

Le traitement sera constitué surtout par la diète. Le lait d'ânesse sera très préferable au lait de vache. L'enfant sera soutenu avec des jus de viande, de la viande pilée ou pressée.

L'étiologie de cette affection est mal déterminée, quant à la pathogénie elle est peut-être encore hypothétique, voici à quelles conclusions s'en tient Gibbons : L'absence des lésions anatomo-pathologiques donne à penser qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel nerveux du foie, du pancréas, des glandes de Brunner, des follicules de Lieberkuhn, peut-

être aussi des glandes gastriques et salivaires. Cette grave atteinte à la digestion détermine une trop rapide décomposition des éléments et l'absorption d'éléments délétères dans le sang, amène des phénomènes graves qui ont été signalés chez les patients. F. VERCHÈRE.

II. — Enfant de 9 ans, jusque-là bien portant. Le 7 mai, diarrhée, vomissements, pas de douleur, sensibilité et empâtement de la fosse iliaque droite, diagnostic : périty phlite, repos, glace sur la région. L'après-midi, violente et soudaine douleur; quelques heures après, aspect de péritonite par perforation. Le temps de préparer les objets nécessaires à l'opération, l'enfant est si mal qu'on s'abstient, il meurt quelques heures après. Autopsie : péritonite récente, la perforation est due à une concrétion de matière fécale. Au voisinage de la perforation, l'appendice est gangréné. P. DUFLOCQ.

III. — Enfant du sexe féminin, âgée de 28 jours. Insomnie. Depuis sa naissance, pendant trois semaines, allaitée par sa mère, puis, dès ce moment, du lait de vache, étendu d'eau, fut substitué au lait de la mère afin, prétendait-on, d'améliorer la diarrhée et le ballonnement abdominal que présentait l'enfant. Douleurs abdominales continues.

Le tympanisme est tel qu'il est impossible de tirer aucun renseignement par la percussion; l'exploration de la cavité abdominale est impossible; c'est à peine si l'on peut percevoir un peu d'empâtement et une légère résistance au niveau de l'hypocondre droit qui éveille en ce point une douleur plus marquée. Les veines superficielles ne sont pas dilatées, il n'y a pas d'élévation de température. Les selles sont liquides, mais on ne trouve pas de sang.

Huit jours plus tard les veines devenaient visibles ; les selles devenaient bilieuses, douloureuses ainsi que l'émission des gaz.

Bientôt l'ombilic devint saillant, à son niveau on perçut de la fluctuation non douloureuse, la douleur semblait limitée à l'hypocondre droit.

La mort survint le 54e jour.

A l'autopsie on trouve un large abcès sous-diaphragmatique, contenant 3 onces de pus, qui descendait jusqu'à l'ombilic entre le péritoine et la surface profonde des muscles de l'abdomen. Le péritoine pariétal du côté droit était rempli de ganglions caséeux, qui s'étendaient jusqu'à son insertion. Les organes abdominaux étaient sains, et on ne trouvait trace d'ulcération intestinale. F. VERCHÈRE.

Ueber Cholera Infantum, par A. BAGINSKY (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 46, *p.* 996, *n°* 47, *p.* 1020 *et n°* 49, *p.* 1063, 1889).

Dans les trois derniers étés, Baginsky s'est étudié à rechercher, par l'examen bactériologique de tous les cas (23) de choléra infantile qu'il a soignés, s'il s'agit là d'une espèce morbide spécifique, déterminée par un parasite spécial ou tout simplement d'une maladie provoquée par les saprophytes. Dans les selles stérilisées fraîches, la masse principale des microorganismes est représentée par : 1° le bacterium lactis aerogenes d'Escherich (b. aceticum (*R. S. M.*, XXXIII, 443 et XXXIV, 174) de Baginsky), et 2° le bacterium coli. Ce dernier affecte parfois des formes insolites; il est absolument mortel pour les cobayes. Aux dépens du sucre, il forme des acides lactique, acétique et formique, ainsi que de l'acétone, mais il attaque peu les substances albuminoïdes et ne produit à leurs dépens aucune substance toxique. Les autres micro-organismes, moins constants dans le choléra infantile, sont :

3° La bactérie liquéfiante blanche, déjà signalée par Baginsky (*R. S. M.*, XXXIV, 174). Placée sur de la gélatine sucrée, en compagnie

de l'une des deux espèces précédentes, les acides qui se forment empêchent souvent son développement ultérieur. Elle liquéfie la gélatine en forme de canal et est très semblable à la bactérie de Finkler et Prior, quant à la forme et au mode de développement. Les animaux auxquels on l'inocule dans la circulation et auxquels on la fait ingérer, succombent rapidement.

4° Une autre bactérie liquéfiante blanche, se différenciant de la précédente en ce qu'au lieu de liquéfier la gélatine en forme de canal le long du trajet de la piqûre, elle laisse ce trajet intact. Ni l'une ni l'autre ne déterminent chez les animaux des phénomènes cholériformes.

5° La bactérie protée de Hauser.

6° Le staphylocoque liquéfiant blanc, déjà décrit par Escherich, qui forme sur la gélatine des colonies rayonnantes.

7° Le staphylocoque liquéfiant jaune.

8° La bactérie du lait rouge.

9° Un bacille fluorescent verdâtre.

10° Un bacille grossier (plump) dont la croissance ressemble beaucoup au pneumocoque de Friedlaender.

11° Un microcoque arrondi, liquéfiant la gélatine, peut-être identique au microcoque porcelainé d'Escherich.

12° Le bacille érythrospore, dont la présence est peut-être due à une adultération par l'air, car il est aérobie pur.

13° Un microcoque dont les cultures sur le porte-objet simulent les sarcines.

14° Une levure à développement ressemblant au muguet.

15° et 16° Une levure jaune et une levure rose.

Baginsky conclut que le choléra infantile est le produit de microorganismes saprophytiques qui donnent lieu à un dégagement considérable d'ammoniaque, laquelle est capable de provoquer les symptômes graves de la maladie. Il n'y a donc dans la diarrhée estivale des jeunes enfants aucun agent morbide spécifique, mais il est possible qu'il en soit autrement pour les épidémies hospitalières *hivernales* signalées par Epstein à Prague et par Van Hofsten à Stockholm.

Parmi les symptômes rares du choléra infantile, Baginsky mentionne deux éruptions sans caractère pronostique fâcheux. L'un est un exanthème morbilliforme, généralisé ou limité aux membres, qui disparaît au bout de un ou deux jours, sans desquamation; l'autre est un érythème multiforme.

Traitement. — Au début, quand il n'y a pas de collapsus marqué, on peut essayer les lavages de l'estomac; mais Baginsky n'est pas partisan, comme Seifert, de l'emploi simultané des lavages intestinaux. Comme antiseptiques, il donne la préférence à de petites doses de calomel ou de résorcine. Mais ce qui est peut-être plus important dans ce premier stade, c'est de restreindre le plus possible l'alimentation, voire de la supprimer entièrement durant quelques heures.

Dans les cas graves, s'accompagnant d'un collapsus rapide, il est absolument nécessaire de supprimer l'alimentation alors même qu'il s'agit de lait de femme. On donnera en revanche, le plus souvent possible, des petites quantités de boisson : eau glacée additionnée de cognac, sherry, porto, thé ou café, et l'on pratiquera des injections sous-cutanées

d'éther ou de musc, en usant aussi de bains de moutarde. Ici, les antiseptiques sont peu utiles et les astringents nuisibles. Mais ce qu'il y a de plus dangereux, ce sont les opiacés.

Quant aux suites, on combattra les phénomènes cérébraux de l'état hydrocéphaloïde par des applications chaudes et des bains chauds ; les accidents thoraciques par les enveloppements froids de la poitrine ou même de tout le corps, si la fièvre est considérable ; la diarrhée, par les lavages de l'intestin. J. B.

Chronic diffuse nephritis with contracted kidney in a child eleven years old (Enfant de 11 ans), par LOOMIS (*New York med. record, p.* 219, 24 *août* 1889).

Les deux points intéressants sont l'âge de l'enfant, 11 ans, et le fait que le père avait contracté la syphilis un an avant la naissance de sa petite fille.

Une sœur plus jeune est atteinte de néphrite chronique. Aucune de ces deux petites n'a eu la scarlatine, ni autre maladie prédisposant aux affections rénales.

Il faut invoquer l'hérédité syphilitique bien qu'il n'y ait aucune autre manifestation.

Foster cite deux faits semblables. P. DUFLOCQ.

Un cas de pseudo-rhumatisme diphtéritique, par DAURIAC (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 12 *janvier* 1890).

Fillette de 10 ans. Sept jours après le début d'une angine diphtéritique, qui était en voie de disparition, la malade est prise de violentes douleurs dans toutes les articulations du membre inférieur droit, dans le genou gauche et dans quelques articulations des membres supérieurs. Ces articulations sont rouges et médiocrement gonflées. Urines albumineuses : température 38°. En huit jours, sous l'influence du salicylate de soude, disparition de ces douleurs et guérison. OZENNE.

Sur une forme clinique d'hépatite tuberculeuse chez les enfants, par HUTINEL (*Bulletin médic.*, 29 *décembre* 1889).

Hutinel décrit un type spécial d'hépatite tuberculeuse chez les enfants, caractérisée par des symptômes de deux ordres ; les uns consistant en phénomènes abdominaux, les autres en troubles circulatoires. Parmi les premiers, on constate un développement énorme de l'abdomen, qui est uniformément distendu, large et saillant ; le réseau veineux est plus ou moins dilaté ; aucune douleur à la palpation. Le volume du ventre est dû à du tympanisme et à du liquide ascitique contenant des leucocytes, des globules rouges et de la fibrine. Si ce liquide est très abondant, les membres inférieurs et les bourses s'œdématient. Le foie, très augmenté de volume, est ferme, lisse et non douloureux ; la rate est également un peu hypertrophiée ; les urines moins abondantes sont pauvres en urée. Le cœur a subi une légère hypertrophie et une notable dilatation sans bruit de souffle constant. Les poumons sont le siège d'une infiltration tuberculeuse. Pas de troubles du système nerveux, mais de temps en temps crises, dans lesquelles l'ascite augmente, ainsi que la dyspnée, la cyanose et l'oppression.

L'autopsie de l'un des malades, atteint de tuberculose pulmonaire, a permis de faire une étude macroscopique et microscopique du foie, sur lequel on a trouvé trois ordres de lésions, de la stéatose péri-lobu-

laire, de la sclérose et des granulations tuberculeuses; ce sont ces lésions qui caractérisaient la forme, dite autrefois cirrhose graisseuse, qui est mieux dénommée hépatite tuberculeuse graisseuse hypertrophique.

OZENNE.

Der seltene Fall von einem Leberabcess bei einem Säugling (Fait rare d'abcès du foie chez un nourrisson), par A.-E. RUSCHE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39 *p.* 882, 30 *septembre* 1889).

Fillette, allaitée artificiellement, âgée de 3 mois 1/2, née de parents sains. Dans le cours d'une bronchite, Rusche remarque chez cette enfant une saillie de la partie droite du ventre, sans que la percussion du foie révélât rien d'anormal. Quelques semaines plus tard, dépérissement, développement considérable de l'abdomen et présence sur le foie de 3 proéminences dures, la plus grosse au niveau du lobe droit, les 2 autres sur le lobe gauche.

Ni fièvre, ni ictère. Les 3 proéminences hépatiques grossissent rapidement et ne tardent pas à former des tumeurs globuleuses, fluctuantes.

Rusche les incise successivement toutes 3 en donnant issue à du pus jaune verdâtre, non fétide. Les abcès ne communiquaient pas entre eux. Guérison.

Rusche pense qu'il s'agit d'une hépatite suppurée consécutive à la thrombose de la veine ombilicale à son abouchement dans la veine porte.

J. B.

A fatal case of varicella gangrœnosa, par BUCHLER (*Americ. Journ. of the med. sc.*, *p.* 265, *septembre* 1889).

En novembre 1888 une petite fille de 2 ans était prise de la varicelle, lorsque huit jours après le début les vésicules devinrent gangréneuses et peu à peu l'enfant succomba avec des symtômes de septicémie.

Dans le même mois de novembre, la sœur de la petite malade, âgée de 7 ans, et un petit frère, âgé de 6, furent pris de varicelle qui évolua avec un état fébrile modéré, ainsi que d'ordinaire.

Le 17 novembre, un troisième enfant fut affecté, et c'est le jour suivant qu'il fut examiné par l'auteur.

A ce moment, avec une fièvre intense, on put constater l'apparition de groupes de vésicules sur l'abdomen, la poitrine, le cou et les extrémités.

Pendant que la grande majorité des vésicules suivaient leur cours normal et se desséchaient, quelques-unes, au nombre de dix-huit ou vingt, spécialement à la poitrine, au cou, aux fesses se remplirent de pus d'une couleur vert jaunâtre; devenues flasques, elles s'entourèrent bientôt d'une zone phlegmon use.

Peu à peu ces vésicules prirent l'apparence gangréneuse et au quatrième jour de l'éruption se transformaient en un ulcère profond, couvert d'un débris noir verdâtre, atteignant les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Ni les antiseptiques, ni aucun traitement anodin n'eurent de résultat satisfaisant. Ces ulcères s'étendirent à toute l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire mettant à nu l'aponevrose. Les plus étendus siégeaient au niveau de l'abdomen et du cou; un entre autres, le plus étendu de tous, était situé au-dessous de l'apophyse mastoïde gauche, comprenant le cartilage de l'oreille.

Malgre un traitement très actif, l'enfant mourut dans le coma. F. VERCHÈRE.

Umbilical pyœmia with desintegration of the sternum..., par C. LUCAS (*Lancet*, 27 *juillet* 1889).

Chez un enfant d'un mois, chétif, et né sans doute avant terme, L. a observé des suppurations multiples ayant détruit presque tout le sternum, l'articula-

tion sternoclaviculaire gauche et plusieurs cartilages costaux. Le point de départ de ces suppurations paraît avoir été une infection de la plaie ombilicale qui avait été soignée avec beaucoup de négligence. A l'autopsie, on trouva en effet la veine ombilicale pleine de pus. L'enfant était d'ailleurs atteint de syphilis héréditaire, ce qui a pu faciliter l'infection. A.-F. PLICQUE.

Hémorragie ombilicale chez un nouveau-né, par O. BERNHARD (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 21, *p.* 668, 1er *novembre* 1889).

Enfant âgé de 8 jours, hémophilique, pris d'une hémorragie ombilicale que Bernhard ne parvient à arrêter qu'avec une ligature. Mais aussitôt après, l'enfant tombe dans un collapsus analogue à la mort. Vu les difficultés de la transfusion à un âge aussi tendre, Bernhard pratique une injection sous-cutanée d'une solution salée chaude. En dépit des massages, la tumeur formée par le liquide injecté ne se résorbe pas.

Bernhard se décide alors, comme dernière ressource, à faire une transfusion dans la cavité péritonéale. Il y injecte 150 grammes de solution salée à 0,6 0/0, à la température de 40° centigrades.

L'effet fut merveilleux. L'enfant ne tarda pas à donner des signes de vie et à crier. La tumeur liquide se résorba.

Au bout de quelques minutes, la piqûre de l'injection se mit à saigner abondamment et Bernhard dut y appliquer une suture entortillée.

Depuis lors l'enfant se développe bien. J. B.

Sillon congénital du membre inférieur gauche. Anomalies multiples des doigts des deux mains. Excision de la bride. Guérison, par REDARD (*Gaz. méd. de Paris*, 13 *juillet* 1889).

Sur un enfant de deux mois, Redard a constaté les malformations suivantes : Au membre inférieur gauche, pied plat en valgus léger, œdématié et donnant 6 degrés de moins que l'autre pied au thermomètre; à la partie inférieure de la jambe, sillon complet circulaire, très profond, au fond duquel on sent sous la peau une bride dure, enserrant la jambe. Sur la main gauche, sillon sur l'index; le médius, l'annulaire et l'auriculaire sont en syndactylie. Sur la main droite, sillon sur l'index; absence d'annulaire. L'enfant ayant atteint cinq mois, on fait ainsi l'excision du sillon constricteur : La bande d'Esmarch appliquée, deux incisions circulaires à 2 centimètres au-dessus et au-dessous du sillon sont tracées; à la partie externe, une autre incision perpendiculaire les réunit, et une bandelette de peau de 3 centimètres et demi, contenant la bride profonde, est facilement detachée; à la partie interne, la dissection est plus laborieuse. Une portion de l'aponévrose, faisant sillon est également enlevée. Drainage, suture au crin de Florence; réunion en six jours. L'examen histologique a fait voir qu'il existait une sclérose du tissu conjonctif. OZENNE.

Strangulated ovarian hernia in an infant aged three months (3 mois), par B. POLLARD (*Lancet*, 27 *juillet* 1889).

La hernie a été vue pour la première fois à l'âge de 2 mois; elle était alors réductible; un bandage a été appliqué pendant une dizaine de jours. En enlevant ce bandage on constate un jour une tuméfaction irréductible du volume d'un œuf de pigeon au niveau de la grande lèvre droite. — Les phénomènes d'étranglement ont peu d'acuité et, en quatre jours, l'enfant ne vomit que quatre fois; la matité, une fluctuation profonde feraient plutôt songer à un abcès qu'à une hernie intestinale. En opérant, on aperçoit dans le sac, après l'issue d'une quantité notable de sérosité sanguinolente, l'ovaire et l'extrémité frangée de la trompe de Fallope enflammés, noirâtres et recouverts, par

places de fausses membranes. Pollard ne voulut pas réduire, dans l'abdomen des organes aussi altérés et se décida à l'excision. — Une partie du sac fut également excisée ; le pédicule lié ne put être réduit qu'après débridement de l'anneau inguinal. Suture des piliers. Guerison par première intention. L'ovaire enlevé était plein de sang extravasé. A.-F. PLICQUE.

Ueber einen Fall von congenitaler Makroglossie combinirt mit allgemeiner wahrer Muskelhypertrophie und Idiotie, par F. BRUCK (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 12, *p.* 229, 1889).

L'auteur n'a pas trouvé dans la littérature médicale un seul cas comparable à celui-ci : macroglossie coïncidant avec l'hypertrophie *vraie* de tous les muscles chez un idiot.

Fille de 10 mois dont la langue est saillante hors de la bouche, rendant difficile la respiration et l'ingestion des aliments. Wolff excise, le 6 novembre 1886, un segment cunéiforme de l'organe dans le sens horizontal et un dans le sens vertical. L'opération a un résultat favorable. Guérison en 15 jours.

En mai 1887, la mère vient dire que la langue paraît se tuméfier de nouveau. A ce moment, Wolff est frappé de l'aspect de l'enfant qui ressemble à un athlète. Tous les muscles du cou, du tronc et des membres sont saillants, volumineux, et se durcissent à l'occasion de tous les mouvements effectués. C'est surtout au cou et à l'abdomen que l'hypertrophie s'affirme; de même au biceps brachial, au deltoïde, aux masses sacro-lombaires, aux cuisses, aux mollets.

La contractilité musculaire, sous l'influence des excitations mécaniques ou des divers modes d'excitation électrique, n'est pas accrue.

Sensibilité générale et spéciale rudimentaire. L'enfant est idiote. La peau est d'une minceur remarquable. Le pannicule adipeux paraît manquer complètement.

L'examen histologique d'un fragment excisé au deltoïde montre que le tissu musculaire est normal et qu'il n'y a ni dégénérescence graisseuse ni envahissement du tissu conjonctif interstitiel.

Il n'existe donc pas de pseudo-hypertrophie, mais une hypertrophie musculaire *vraie* généralisée, hypertrophie portant sur tout le système musculaire de la vie de relation.

Au mois d'août 1889, l'enfant meurt de pneumonie. Autopsie ; circonvolutions cérébrales petites ; rien au microscope. Le cœur est plus petit qu'à l'état normal, donc pas d'hypertrophie de cet organe. La paroi de l'œsophage est épaissie, de même que celle de l'intestin. Les os ne sont pas augmentés de volume. Pour les muscles, confirmation des notions acquises pendant la vie. L. GALLIARD.

Ueber Vaccination neugeborner Kinder (Sur la vaccination des nouveau-nés), par Max WOLFF (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol.*, *Band CXVII*, *Heft* 2).

Wolff vaccina 8 enfants âgés de 1 à 2 jours en se servant de lymphe humaine; les résultats furent positifs chez tous. La réaction locale consistait, au voinage de la vésicule, en une rougeur et un gonflement faibles de la peau. Ces enfants se portaient aussi bien que ceux du même âge qui n'étaient pas vaccinés, se nourrissant et dormant comme ces derniers. Cette bonne santé générale concordait avec l'absence totale de fièvre chez les 8 enfants.

Une seconde série d'essais, faits avec du vaccin animal sur 15 nouveau-nés (âgés de 8 heures à 3 jours) ont donné des résultats identiques.

Wolff contrôla ces essais en vaccinant comparativement 8 enfants âgés de plusieurs mois; chez ces derniers, il constata une élévation de température de 1 à 2 degrés pendant les huit jours qui suivirent l'inoculation.

Ces recherches comportent les conclusions suivantes : 1° les enfants nouveau-nés sont aptes à être vaccinés avec succès; 2° dans les cas de résultat négatif, il faut s'en prendre, non pas à la réceptivité moindre des nouveau-nés, mais à la mauvaise qualité du vaccin; 3° il n'y a pas de raison de croire que les vaccinations pratiquées sur le nouveau-né soient moins efficaces pour le préserver ultérieurement contre la variole que celles qu'on fait sur des enfants plus âgés; 4° les nouveau-nés supportent admirablement la vaccination, sans réaction générale et sans fièvre; 5° l'avantage immense de la vaccination précoce est surtout de préserver l'enfant de la variole dans les premiers mois de la vie.

Comme conseil pratique, Wolff recommande de vacciner les enfants dès les premières heures après la naissance. ED. RETTERER.

DERMATOLOGIE ET MALADIES VÉNÉRIENNES.

Caso di affezione cutanea presentantesi coi caratteri della cosi detta dermatite erpetiforme di Duhring (Cas de dermatite herpétiforme de Duhring), par MIBELLI (*Giorn. ital. per le mal. vener., septembre* 188).

G..., âgé de 45 ans, a eu autrefois plusieurs blennorragies et des chancres mous; il a eu une éruption furonculeuse et une éruption bulleuse mal dédéterminée.

Le 15 avril 1887, il est pris d'un violent prurit au tronc, au cou, à la face et voit apparaître des taches rouges et des vésicules qui deviennent bientôt confluentes. Le 28 avril, on constate des papules, des vésicules, des papulo-vésicules, des bulles en divers points du corps, face, dos, membres, avec un prurit intense, insomnie, douleurs articulaires.

A partir du 28 avril, l'éruption augmenta et devint bulleuse en s'accompagnant de fièvre, diarrhée, douleurs articulaires, grande faiblesse. Cet état se maintint jusqu'au mois de juin où se produisit une amélioration marquée. Au mois de septembre, nouvelle poussée éruptive à prédominance bulleuse avec prurit intense, mais sans affaiblissement général. Cette poussée ne dure qu'un mois. Du mois d'octobre 1887 au mois de février 1888, on ne voit apparaître que quelques papules ou quelques bulles avec prurit. Le 22 février, apparaissent des taches pigmentées avec prurit et insomnie ; des bulles se montrent sur les membres et bientôt sur tout le corps ; cette poussée est terminée le 26 mars.

En mai, nouvelle poussée plus légère que les autres.

En septembre 1888, il revient avec une nouvelle éruption de taches rouges ou violacées, avec des vésicules en groupes, des papules, des papulo-vésicules ; tous ces éléments sont disséminés sur les faces, le tronc et les membres, avec prurit et cuisson, insomnie, agitation nerveuse.

Cet état avec quelques alternatives se prolongea jusqu'au 4 octobre, et bientôt le malade put sortir de l'hôpital, ne conservant sur la peau que des

taches rouges ou pigmentées. Le 3 novembre, nouvelle et dernière éruption.

Pendant l'année 1889, pas de nouvelle rechute, mais seulement apparition de quelques éléments isolés, avec prurit. Il est à noter que l'état général s'est toujours bien maintenu pendant les dernières poussées éruptives. Le traitement a été avant tout symptomatique, mais sans résultat autre que de procurer du calme et du repos au malade.

L'auteur n'hésite pas à rattacher cette observation à la dermatite polymorphe prurigineuse chronique et à rechutes, telle que l'a décrite Brocq dans un récent travail ; ces faits doivent être classés à part et séparés du pemphigus et de l'érythème polymorphe exsudatif. F. BALZER.

Pathogénie des érythèmes, par E. BESNIER (*Annales de derm. et de syph., janvier* 1890).

Ce travail montre l'obscurité qui entoure encore la pathogénie des érythèmes et indique la voie qu'il faut suivre pour arriver à la connaître. Chaque groupe d'érythème doit être étudié à part dans ses causes prédisposantes et déterminantes, dans son mode pathogénique, sa condition pathogénique. Il y a lieu de tenir compte avant tout de la nature du sujet. L'auteur fait jouer un rôle presque prépondérant à la théorie angioneurotique : quel qu'il soit, dit-il, l'irritant pathogène semble plutôt porter son action sur les centres névrovasculaires que sur les points mêmes qui sont le siège de la lésion érythémateuse, laquelle paraît être communément le résultat d'un trouble réfléchi ou transmis d'un des nombreux foyers de réflexes érythématogènes. La présence réelle au niveau des régions érythémateuses d'un élément matériel pathogène n'est ni prouvée, ni nécessaire ; elle peut y être constatée sans que son rôle actif soit, par cela même, établi, l'étude des toxidermies le prouve, non moins que la comparaison avec les maladies bacillaires les plus redoutables. L'analyse clinique des érythèmes multiformes pour la blennorragie, le rhumatisme, le choléra, etc..., montre la multiplicité des éléments pathogéniques qu'il faut étudier pour se rendre compte de la nature des phénomènes dans un cas donné.

Mêmes difficultés en ce qui concerne les érythèmes scarlatiniformes ainsi que le prouvent les belles observations d'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant rapportées par l'auteur. Mais nous voyons intervenir successivement comme cause principale, le froid ou des intoxications diverses. Malgré cette étiologie variée, l'érythème n'est pas pour cela différent de sa nature d'un autre cas absolument semblable, dans lequel cette provocation n'aura pas existé, ou aura été dissemblable. De plus, en raison du rôle prépondérant de la condition individuelle dans le processus morbide, on comprend que l'effet produit persiste dans son évolution un temps souvent très long après que la cause a cessé d'agir. La nature, l'intensité, la durée, la forme symptomatique des accidents sont essentiellement liés à la condition de l'individu, et non à celle de la cause. Dans les érythèmes scarlatiniformes, il n'y a pas à établir d'espèces nosologiques vraies selon la nature de la cause. Celle-ci n'est pas univoque, de premier ordre, exclusive ; elle est inconstante ou banale et c'est au sujet lui-même que les érythèmes empruntent leur caractère de nature. F. BALZER.

Erythema exsudativum in den Halsorganen (Erythème exsudatif étendu à la muqueuse pharyngo-laryngée), par SCHOETZ (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 612 *et* 625, 8 *juillet* 1889).

Homme de 40 ans pris brusquement, le 26 mai 1888, de fièvre avec mal de gorge croissant, de céphalalgie, de douleurs rhumatoïdes dans les membres inférieurs et de salivation abondante avec quelques expuitions sanguinolentes.

Le 15e jour, même état, avec élancements dans les oreilles. Rougeur généralisée, intense, de la muqueuse bucco-pharyngée. Au milieu de la paroi postérieure du pharynx, ulcération de la grandeur d'un *groschen*, à fond gris jaunâtre et à bords peu nets. Petites ulcérations ressemblant à des aphthes, disséminées sur le rebord gingival, ainsi qu'aux faces interne et externe de la muqueuse des 2 maxillaires. Vive rougeur et gonflement de la muqueuse laryngée. Sur la paroi postérieure du larynx, surtout immédiatement au-dessous de la corde vocale inférieure gauche, saillies rappelant la pachydermie laryngée.

Rien d'anormal sur le reste du corps; aucun gonflement ganglionnaire.

Deux jours plus tard, l'ulcération de la paroi postérieure du pharynx s'est un peu étendue, et les lésions du larynx se sont ulcérées et couvertes d'une sécrétion gris-jaunâtre. A la voûte du pharynx, à droite de la ligne médiane, ulcère superficiel, gros comme un haricot. Douleurs toujours vives dans les membres.

Au dos des mains et des pieds est apparue une éruption formée de papules disséminées, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un haricot, rouge bleu foncé avec une auréole plus claire. Ces papules, nettement saillantes, ne disparaissent pas sous le doigt et ne causent aucune démangeaison.

Les jours suivants, l'exanthème s'étend, au milieu de violentes douleurs rhumatoïdes, sur les membres principalement; son aspect est protéiforme : macules, papules, vésicules miliaires; ces dernières peu nombreuses et surmontant parfois une papule; aucun groupement régulier des efflorescences.

Tandis que les ulcérations pharyngées et laryngées tendent à se réparer, il s'en produit deux nouvelles dans le pharynx nasal, au-dessus et en arrière du bourrelet tubaire. La fosse nasale droite sécrète un muco-pus profus, mêlé parfois de sang. Ulcération superficielle de la portion la plus reculée du cornet inférieur.

Fièvre continue, abattement extrême, douleurs dans tout le corps.

Le 20 juin, l'exanthème cutané pâlit. Ulcération sur l'amygdale droite; deux papules, l'une sur le pilier postérieur gauche, l'autre sur la gencive de la première molaire supérieure correspondante; dès le lendemain, l'une et l'autre sont ulcérées. Apyrexie et rémission des douleurs.

Rechute au cours d'une cure à Ems. Formation d'ulcères aux points les plus divers de la langue, sur le voile et la voûte du palais, sur les lèvres, les joues, la conjonctive palpébrale droite, la paroi pharyngée postérieure et dans le ventricule gauche de Morgagni. Retour de la fièvre et de l'éruption cutanée au côté de l'extension, sur les extrémités, avec un peu de gonflement articulaire. Urines normales. Le 6 août, une ulcération très douloureuse, en forme de fissure, sur la muqueuse anale.

Quatre jours plus tard, sous l'influence d'un réchauffement de la température atmosphérique, amélioration considérable; cessation de la fièvre et des douleurs. Le 1er septembre, le malade, qui avait diminué de 20 kilogrammes, est en état de reprendre ses occupations bien que, de temps à autre, se produisent encore des ulcères des muqueuses, des papules cutanées et des douleurs dans les membres. Deux des ulcérations siégeaient sur l'épiglotte. A partir

du 13 janvier 1889, le malade put être considéré comme guéri sans présenter aucune cicatrice. Le cœur est resté intact pendant toute la maladie.

L'examen microscopique de l'enduit des ulcères a offert, entre autres, des microrganismes divers, microcoques, bacilles longs ou courts. Boer a réussi à cultiver un petit streptocoque blanc d'émail et un staphylocoque orangé, plus volumineux ; mais ni l'un ni l'autre ne se sont montrés pathogènes dans les inoculations aux animaux.

Des nombreuses médications employées, y compris l'iodure de potassium, seul l'acide arsénieux a semblé exercer une action favorable.

Dans la discussion, Lewin, qui a fait un travail sur l'érythème exsudatif (*R. S. M.*, X, 186), considère l'observation de Schœtz comme unique en son genre. Il a vu 9 cas de cette affection être pris pour des varioles, à cause de l'ensemble des symptômes généraux. Les manifestations muqueuses paraissent moins communes en Allemagne que dans d'autres pays. C'est à l'érythème exsudatif que Lewin est disposé à rattacher les épidémies d'acrodynie signalées à Paris et aux alentours au commencement du siècle. Comme symptômes caractéristiques du début, il convient de signaler l'insomnie avec humeur noire; à la moindre occasion, les malades fondent en larmes. Schoetz confirme cette remarque; son malade était même hanté d'idées de suicide. J. B.

I. — Sur une forme de psorospermose cutanée diagnostiquée acné cornée ou acné sébacée concrète, par J. DARIER (*C. R. Soc. Biologie*, 23 *mars* 1889).

II. — Sur les psorospermoses, par MALASSEZ (*Ibidem*).

III. — Sur la psorospermose folliculaire végétante, par J. DARIER (*C. R. Soc. Biologie*, 13 *avril* 1889).

IV. — Sur une nouvelle forme de psorospermose cutanée : la maladie de Paget, du mamelon, par LE MÊME (*Ibidem*).

I. — Il s'agit d'un type de parasitisme, assez rare chez l'homme et dû à la présence dans l'épiderme de psorospermies ou coccidies, c'est à-dire d'animaux inférieurs de la classe des sporozoaires. La lésion siège presque exclusivement dans la région du col du follicule. On trouve à l'intérieur des cellules épithéliales de la couche de Malpighi, des corps arrondis, entourés d'une membrane réfringente, à double contour très évident, ayant un peu l'aspect de cellules de cartilage. Ces corps, à protoplasma granuleux et à noyau nucléolé, refoulent le noyau de la cellule épithéliale. Dans la couche cornée, ces corps subissent un retrait et se présentent comme de petits grains très durs et réfringents.

La maladie est caractérisée par de petites croûtes brunâtres, très adhérentes, saillantes et se prolongeant sous forme de cônes analogues à des comédons dans les orifices des follicules pilo-sébacés. Ces croûtes sont confluentes dans certaines régions (cuir chevelu, face, régions préternale et inguinale).

II. — Malassez montre que c'est bien de psorospermies qu'il s'agit dans le cas rapporté par Darier. Les lésions sont en effet analogues à celles qu'on constate dans la psorospermose du foie chez le lapin. Dans l'une et l'autre affection on voit, au voisinage du parasite, l'épithélium entrer en prolifération et le tissu conjonctif donner lieu à des végétations. Il est probable que ces organismes jouent un rôle peu soupçonné jusqu'ici dans la pathologie.

III. — Les psorospermies, trouvées dans la psorospermose folliculaire végétante, ont pu être cultivées sur du sable humide. Elles ont donné lieu à un développement de kystes contenant un grand nombre de corpuscules qui sont vraisemblablement des spores.

IV. — La maladie de Paget, qui débute par une lésion d'apparence eczémateuse de l'aréole du sein et de la peau voisine, et qui se termine ordinairement par un cancer avec rétraction et ulcération du mamelon, doit être rangée dans les psorospermoses cutanées. On trouve, au milieu des cellules épithéliales et souvent dans leur intérieur même, des corps ronds entourés d'une membrane réfringente à double contour. Ces coccidies, qui causent la lésion de l'épiderme, causent aussi, en pénétrant dans les canaux galactophores, le bourgeonnement épithélial qui constitue l'épithélioma. PAUL LOYE.

Contributo all'istologia della pityriasis rubra, par TOMMASOLI (*Giorn. ital. delle mal. vener., décembre* 1889).

La couche cornée un peu épaissie ne présente pas d'altérations bien spéciales. Le stratum granulosum est aminci, réduit à une seule couche, non continue; les cellules altérées contiennent peu de kératohyaline. Le stratum spinosum contient des cellules migratrices et ses cellules sont aplaties, déformées. Les papilles sont plus ou moins altérées avec tendance à disparaître et avec une infiltration plus ou moins grande disposée irrégulièrement dans les couches du derme. Dans la couche moyenne de celui-ci se voit un pigment jaune-brun. Les papilles, à mesure que l'inflammation devient plus ancienne, s'affaissent et disparaissent. L'infiltration est composée de cellules fusiformes, étoilées et ramifiées ou de cellules rondes. Les vaisseaux sont dilatés. Il existe un pigment libre ou emprisonné dans les cellules; le tissu élastique se raréfie. Le derme contient en outre des corpuscules brillants, ronds ou ovales, difficiles à colorer, isolés ou en groupes. Ces corpuscules qui se voient dans la dermatite exfoliatrice, dans le lichen planus (Török) sont placés dans le voisinage de l'épiderme et surtout dans le voisinage des prolongements interpapillaires en voie d'effacement, ce qui fait supposer à l'auteur qu'ils pourraient résulter d'une dégénération épithéliale. Les nerfs, les glandes, les follicules pileux paraissent normaux. F. BALZER.

Du pityriasis rubra, de l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, de la dermatite exfoliatrice généralisée primitive, par PETRINI (*Congrès intern. de dermat., et Ann. de dermat., Paris*, 1889).

Le pityriasis rubra chronique de Hebra a été souvent confondu avec d'autres dermatoses. Il est caractérisé par la rougeur et la sécheresse universelle de la peau avec desquamation furfuracée comme du son et chute des poils. Il a une marche chronique progressive conduisant à la cachexie et à la mort. Au microscope, on trouve des lésions inflammatoires très prononcées dans toutes les couches de la peau avec épaississement des parois des vaisseaux, rétrécissement et oblitération même de leur calibre. Dans l'érythème scarlatiniforme desquamatif récidivant, la desquamation se fait par longues lames, minces, grisâtres. La rougeur de la peau est généralisée et dure pendant toute l'attaque; les réci-

dives sont fréquentes; il peut y avoir de l'œdème des paupières et de la face. Les lésions histologiques de la peau sont bien moins avancées que dans le pityriasis. La dermatite exfoliatrice généralisée primitive présente des phénomènes fébriles au début, elle guérit après une évolution de longue durée. Il y a une rougeur généralisée de la peau, mais en même temps de l'œdème et du suintement dans certaines régions. La desquamation se fait par lames grisâtres, jaunâtres, larges, assez longues; elle commence souvent avant la généralisation de la rougeur.

V. CHEVALET.

Pemphigus aigu généralisé, par FABRE (*Gaz. méd. de Paris*, 26 *octobre* 1889).

B..., 20 ans. Blennorragie sérieuse en juin et en juillet, disparue totalement après opiat au copahu et au cubèbe. Quinze jours plus tard, apparition d'une éruption, qui couvre tout le corps, sous forme de bulles énormes, quelques-unes déchirées. Celles qui sont intactes ressemblent à des grains de raisin blanc qui, coupés par le milieu, auraient été comme accolés sur la surface de la peau. Là où elles sont rompues, il existe une vraie dermite, avec suintement considérable. Fièvre assez forte. Pansement avec le liniment oléo-calcaire phéniqué; purgatifs et diurétiques. Dans les jours suivants, stomatite aphteuse assez intense. Guérison en un mois. On peut se demander dans ce cas si, au point de vue pathogénique, le cubèbe ne peut pas être incriminé.

OZENNE.

Ueber Pemphigus acutus und Herpes Zoster, par E. HENOCH (*Charité-Annalen, XIV Jahrg., p.* 610).

Un enfant de 6 ans, après une scarlatine normale, n'avait plus de fièvre déjà depuis 11 jours ; à cette époque, avec une légère poussée fébrile, apparaissent au visage des bulles séreuses du volume d'une lentille à celui d'un pois ; les jours suivants, les bulles s'étendent sur la tête et le cou, et acquièrent le volume d'un œuf de pigeon. Le 9e jour est absolument sans fièvre ; puis il se fait une nouvelle poussée qui dure 19 jours. Henoch pense que le pemphigus aigu n'est pas une maladie distincte, autonome, mais une affection qui peut se produire sous l'influence de la présence dans l'organisme de ptomaïnes de divers ordres.

Chez les enfants, le zona ne s'accompagne pas de phénomènes douloureux ; les névralgies sont du reste rares chez eux. A. M.

Ein Fall von Pemphigus acutus mit acuter hœmorrhagischen Nephritis beim Erwachsenen (Un cas de pemphigus aigu avec néphrite hémorragique aiguë chez l'adulte), par DOLEGA (*D. Arch. f. klin. Med., Band* 45, *p. XLV*).

Ouvrière de 27 ans ; depuis 3 semaines, boutons sur le cou qui ont augmenté de nombre et d'étendue. L'éruption s'étend sur le tronc et les membres. Au moment de l'entrée on constate à peu près sur tout le corps des croûtes, des surfaces dénudées et suintantes, ou des surfaces rouges et sèches, pigmentées, dépouillées de leurs croûtes. Aux mains il y a des bulles remplies d'un liquide hémorragique. Dans la bouche, on trouve des surfaces dénudées, arrondies, exulcérées qui rappellent tout à fait des plaques muqueuses.

Tout cela résultait de la production successive de bulles, dont le contenu se desséchait. Les papules lenticulaires précédaient les bulles; leur contenu était sereux ou séro-purulent; hémorragie aux pieds et aux mains. Pendant 6 semaines, la fièvre resta à 39 ou 40°. Une néphrite aiguë avec hématurie se montra la 6e semaine. L'albumine disparut au bout de 10 jours. La malade sortit guérie après 9 semaines de séjour à l'hôpital. Le staphilococcus aureus

fut trouvé dans le contenu des bulles. Les inoculations aux animaux donnèrent un résultat négatif. A. M.

Zwei Faelle von Sklerodermie, par G. HOPPE SEYLER (*D. Arch. f. klin. Med. Band XLIV, p.* 581).

Les deux cas de sclérodermie rapportés par G. Hoppe Seyler appartiennent à deux jeunes filles (24 et 26 ans) du même pays, ayant fréquenté la même école et se connaissant intimement.

La première, pendant son enfance, avait beaucoup souffert aux pieds de lésions causées par le froid. A 15 ans, engourdissements et douleurs vives des bras. Fendillement de la peau au niveau des articulations du 2e et du 3e doigt; la peau est lisse, blanche, raide aux mains. La peau des bras prend progressivement le même aspect. Douleurs dans les genoux. En 1881, même état de la peau du visage.

A l'âge de 24 ans, à son entrée à l'hôpital, peau tendue à la tête de façon à empêcher la mimique, d'une pigmentation foncée. Partout des ectasies capillaires. Peau également tendue au tronc ; les doigts sont fléchis dans la paume, les avant-bras sont à demi fléchis ; ils ne peuvent l'être davantage ni être étendus. Ulcérations et cicatrices au niveau de diverses saillies osseuses. Aux bras et aux avant-bras, la peau ne glisse pas sur les muscles sous-jacents : il en est de même aux membres inférieurs. La langue est petite, ratatinée, la muqueuse du pharynx rétractée.

Pour la seconde malade : en 1880, gonflement des pieds; peau des jambes dure, raide et brune; nez déformé, doigts pointus. Gonflement du dos des mains, des genoux, des poignets, des cous-de-pied. Rétrécissement de la bouche. Au moment de l'entrée (24 ans, 1888), peau de la face tendue, nez petit, orifices faciaux rétrécis ; doigts effilés ; lésions articulaires de l'arthrite déformante, déviation des doigts vers le bord cubital. Peau tendue sur les jambes, très pigmentée à droite. Dos des pieds tuméfiés. Langue petite.

Un peu d'amélioration pendant le séjour à l'hôpital. A. MATHIEU.

Il massaggio nello scleroderma (Le massage dans la sclérodermie), par BREDA (*Giorn. ital. delle mal. vener., décembre* 1889).

Homme de 36 ans, atteint de syphilis à l'âge de 20 ans et de pelade en 1884. Au mois de juillet 1887, il est exposé à la pluie et au vent, et après cet accident présente un ecthyma de la tête et du cou à la suite duquel il présente un empâtement de la peau qui s'étend au cou, à la poitrine, aux côtés du corps. En décembre 1887, on constate une sclérodermie presque généralisée; la peau du cou est dure et lardacée ; il en est de même dans toute la partie supérieure du tronc, la peau est difficile à plisser. La lésion s'arrête au mésogastre. Aux régions iliaques, sur les cuisses et les membres inférieurs, la peau est intéressée par plaques arrondies en forme de disques rosés plus ou moins accusés. Pas de troubles de la sensibilité ni de la calorification. Les premiers traitements essayés ne donnèrent aucun résultat. Du 12 mai au 13 août, l'auteur eut recours au massage avec des séances prolongées chaque fois pendant une heure et demie. Dès les premières séances, l'amélioration se fit sentir, et ce traitement combiné avec la balnéation fit disparaître l'induration cutanée d'une manière définitive. L'auteur croit à une affection de nature rhumatismale précédée d'une phase érythémateuse. Seul le massage a eu une action rapide et efficace. F. BALZER.

Histologie du lupus érythémateux, par SCHÜTZ. (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 48, *p.* 1054, 2 *décembre* 1889.)

L'affection débute par une infiltration de cellules ronds qui, commen-

çant au pourtour des follicules pileux, s'étend plus tard à l'entour des vaisseaux; en même temps on aperçoit des cellules d'engraissement. Les glandes sébacées s'hypertrophient; les follicules pileux, dilatés et devenus kystiques, se fusionnent partiellement. Schütz n'a pas constaté de microorganismes.(*R. S. M.* VIII, 268; IX, 646; XXIX, 612 et XXXI, 174.) J. B.

Contributo allo studio della natura del cosi detto epitelioma contagioso, par TÖRÖK et P. TOMMASOLI (*La Riforma medica*, 12 *et* 13 *août* 1889).

Quoique le molluscum de Bateman soit contagieux (les auteurs en rapportent de nouveaux exemples et citent le fait d'une épidémie dans un asile de Sienne où 56 enfants étaient atteints), les expériences d'inoculation à l'homme et aux animaux échouent, et les fragments inoculés disparaissent progressivement. L'examen poursuivi pendant plusieurs heures dans des conditions de milieu et de température très variées ne laisse voir aucun mouvement des corpuscules du molluscum; ceux-ci résistent aux acides énergiques, tandis que les coccidies du lapin ne leur résistent pas. Les corpuscules du molluscum ne sont donc pas constitués par des psorospermies, comme l'a soutenu Neisser; ils sont formés d'une substance colloïde, résultat d'une dégénération cellulaire, substance qui s'accumule à la partie profonde des cellules, tandis que leur partie externe devient cornée. THIBIERGE

Di una nuova forma di cheratosi « angiocheratoma » (Nouvelle forme de kératose ou angiokératome), par MIBELLI (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *septembre* 1889).

L'auteur désigne sous ce nom des tumeurs appelées plus vulgairement verrues, poireaux et que déjà Unna a qualifiées de fibrokératomes.

Il les a observées chez une petite fille âgée de 14 ans, lymphatique, et dont les mains étaient couvertes de nombreuses petites tumeurs grises ou violacées, d'apparence très vasculaires. Il en existait aussi aux pieds, mais moins nombreuses. L'examen histologique a montré un remarquable développement des papilles avec une dilatation énorme des vaisseaux qui forment de grandes cavités circonscrites par une mince couche de tissu conjonctif : ces cavités sont arrondies, coniques ou en forme de doigt. Non seulement elles amincissent par refoulement le tissu conjonctif de la papille, mais elles agissent de même sur les corps muqueux qui le recouvrent. Au sommet des papilles, les cellules subissent la transformation vacuolaire. Dans leur voisinage, on voit dans le stratum corné se produire l'altération décrite par Unna sous le nom de médullisation de la couche cornée et qui consiste en un fendillement de cette couche avec formation de cavités ovalaires ou elliptiques remplies d'une substance homogène à laquelle l'acide osmique donne une teinte violacée. D'anciens foyers sanguins se retrouvent aussi dans la couche cornée.

C'est à cause de la dilatation singulière des vaisseaux et de la formation d'un véritable tissu caverneux que l'auteur propose pour caractériser ces tumeurs le nom d'angiokératome. F. BALZER.

Un caso d'idrosadenite, par GIOVANNINI (*Giorn. ital. per le mal. vener.*, *septembre* 1889).

Luigia R..., âgée de 45 ans, blanchisseuse, fut atteinte d'une fièvre infec-

tieuse, d'une durée de trois semaines environ, probablement typhoïde suivant l'auteur.

Le premier médecin qui la vit prescrivit l'iodure de potassium à doses progressives jusqu'à 4 grammes. Au bout de dix jours on vit apparaître d'abord sur les membres inférieurs, puis sur le tronc des nodules prurigineux qui aboutissaient à la suppuration; les nodules se montrèrent aussi à la face, sur les membres supérieurs. Ils étaient disséminés sans ordre sur tout le corps. Incisés, ils fournissaient un pus jaune, sans odeur.

Après avoir suppuré pendant trois ou quatre semaines, ils se cicatrisaient sous une croûte adhérente, jaunâtre ou noirâtre. Beaucoup de nodules plus petits n'arrivaient pas à la suppuration et entraient en résolution, en laissant une tache pigmentée. L'évolution de ces nodules dura environ trois mois et demi.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un processus inflammatoire plus ou moins intense ayant son siège dans les glandes sudoripares. Le glomérule était parfois enveloppé d'amas de cellules embryonnaires, tout en conservant à peu près son aspect normal; ailleurs, il était à peu près détruit; le tube était envahi par des globules blancs, l'épithélium dégénérait en grande partie et s'infiltrait de graisse, tandis qu'il se faisait autour du glomérule une énorme infiltration de leucocytes au milieu de laquelle on trouvait des cellules géantes.

L'auteur discute divers diagnostics, syphilides, furonculose, éruption iodique. Il s'appesantit sur ce dernier diagnostic: pour le rejeter en connaissance de cause, il a recherché l'iode dans le pus par les diverses méthodes en usage, sans pouvoir déceler sa présence. De plus, après la guérison de la malade, il prescrit de nouveau l'iodure de potassium à doses élevées, sans pouvoir faire reproduire la même éruption. Il admet en terminant qu'il s'agit d'une hydrosadénite diffuse, en foyers, consécutive à une fièvre typhoïde, se terminant tantôt par résolution, tantôt par suppuration, comparable aux hydrosadénites axillaires de la convalescence de la fièvre typhoïde. F. BALZER.

Ueber trifolliculitis bacteritica, par MICHELSON (*Verhand. der deutsch. dermat. Gesell.*, *Prague* 1889).

L'auteur a observé une dame âgée de 21 ans, qui présentait depuis quatre ans une chute de cheveux continue; elle perdait chaque jour de 120 à 130 cheveux, sur lesquels on trouvait 30 ou 40 nodosités. Dans les squames on trouvait en abondance le saccharomyces sphœricus de B zzozero (spore de Malassez.) L'examen montra aussi que dans les nodosités on trouvait de grosses masses de bactéries; mais il s'agissait de microphytes variés, d'un mélange de parasites. Les antiparasitaires (sublimé, acide salicylique) ne firent pas disparaître les nodosités; la pommade soufrée eut de bons effets sur les croûtes. F. BALZER.

Étude sur le purpura névropathique rhumatoïde, par GAUMÉ (*Thèse de Paris*, 1889).

L'auteur s'est surtout inspiré dans cette thèse des travaux de Faisans et de Mathieu. Il existe pour lui une forme de purpura caractérisée par une éruption généralisée, assez exactement symétrique et disposée sur le trajet des nerfs, accompagnée dans les cas types, de troubles de la sensibilité, d'œdèmes sous-cutanés, d'arthralgies et d'accidents intestinaux. La cause immédiate de ces manifestations, semble être une altéra-

tion diffuse et de nature congestive du système postérieur de la moelle. Une cause générale semble y présider, l'arthritisme. F. BALZER.

Le alterazioni anatomiche del midollo spinale nella pellagra, par E. BELMONDO (*La Riforma medica*, 4 *novembre* 1889).

Belmondo a examiné la moelle de 20 sujets morts de pellagre. Les lésions sont tantôt aiguës, tantôt chroniques. Les lésions chroniques consistent dans une dégénération constante des faisceaux pyramidaux croisés d'intensité et d'étendue variables, dans une dégénération également constante des cordons de Goll et de Burdach, cette dernière s'étendant le plus souvent aux zones radiculaires postérieures. En outre, dans quelques cas, lésions des autres cordons, atrophie des cellules ganglionnaires, épaississement de la pie-mère et de l'arachnoïde. Les altérations des cordons médullaires produisent les troubles sensitifs et moteurs observés dans la pellagre; elles-mêmes relèvent certainement d'une intoxication chronique, non par un poison introduit dans l'organisme, même par des microphytes encore inconnus. Les lésions aiguës, qui se voient dans les cas décrits sous le nom de typhus pellagreux, présentent les caractères de la myélite aiguë : infiltration de leucocytes dans la moelle et dans les méninges, dilatations vasculaires ; elles sont dues à l'introduction dans le sang d'une quantité énorme de substance toxique, qui produit tous les accidents d'une maladie infectieuse très grave et aiguë. GEORGES THIBIERGE.

Ein Beitrag zur Pathologie der sog. schwarzen Haarzunge... (Contribution à la pathologie de la langue pileuse et noire et d'une autre formation morbide de la muqueuse linguale), par M. DINKLER (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physio.*, *Band CXVIII*, *Heft* 1).

Dinkler rapporte trois observations de la maladie désignée par Brosin sous le nom de *langue pileuse et noire*. Dans l'un des cas, la muqueuse linguale présentait des appendices en forme de cheveux et de coloration jaune, tandis que dans les autres cas les prolongements plus épais étaient noirs. Ces deux formes sont caractérisées par un caractère histologique commun, à savoir un allongement notable des papilles filiformes. L'aspect pileux de ces dernières résulte d'une multiplication pathologique que subit l'épithélium de ces papillles. A cette hyperplasie épithéliale se joint, dans l'une des formes, la présence d'un champignon qui donne aux épithéliums une coloration jaune. Dans l'autre forme, on voit survenir l'atrophie des cellules épithéliales : celles-ci se kératinisent en même temps que leur corps cellulaire se charge d'un pigment brun, d'où la teinte foncée de la région malade.

Quant à l'étiologie de cette affection, Dinkler fait remarquer que l'un des cas était consécutif à la scarlatine et que les deux autres coïncidaient avec un catarrhe du tube digestif s'étendant de la bouche au pylore. ED. RETTERER.

Étude sur les onychomycoses trichophytique et favique et la pelade unguéale, par LESPINASSE (*Broch.*, *Paris*, 1889).

L'onychomycose tricophytique est en général consécutive à d'autres lésions analogues de la peau. L'invasion se fait par les bords ou l'extré-

mité libre de l'ongle, le champignon pénètre entre les lamelles épidermiques qu'il dissocie, l'ongle est très épaissi. Le favus unguéal coïncide presque toujours avec le favus du cuir chevelu. L'envahissement se fait sous l'ongle entre le derme sous-ungéal et la couche cornée. L'examen microscopique ne suffit pas toujours pour distinguer ces deux sortes d'onychomycoses l'une de l'autre, mais les différencie toujours des lésions unguéales des autres dermatoses. La pelade unguéale doit être placée à côté de ces onychomycoses; rarement observée, elle paraît être sous la dépendance d'une action trophoneurotique; on ne peut vraisemblablement lui assigner d'origine parasitaire. V. CHEVALET.

Bemerkungen über Area-Haare (Recherches sur la pelade), par BEHREND (*Verhand. der deutsch. derm. Gesell., Prague*, 1889.)

Behrend a constaté dans l'alopecia areata les altérations qui ont été décrites par Besnier et par Rindfleisch. Cet auteur avait attribué à la dégénérescence graisseuse des bulles que l'on constate dans les racines des cheveux. Pour Behrend, il ne s'agit pas là d'une infiltration de graisse, mais bien de bulles de gaz intrabulbaires. Cette infiltration cause la perte du cheveu, mais n'est pas la véritable cause de la maladie. F. BALZER.

Alcune ricerche intorno alle alterazioni anatomo-patologiche dell' area Celsi (Recherches sur les altérations anatomo-pathologiques de la pelade), par GIOVANNINI (*Giorn. ital. delle mal. vener., décembre* 1889).

Dans les parties encore couvertes de poils, au voisinage des plaques, on trouve dans la peau une infiltration de leucocytes autour des follicules encore adhérents à la papille, et principalement vers le fond des follicules; les leucocytes peuvent même pénétrer dans la matrice du poil et jusque dans la partie inférieure de la papille. Dans la matrice du poil, les cellules sont déformées et présentent une kératinisation anormale.

Dans les follicules privées de poils, on trouve aussi dans le derme des infiltrations de leucocytes au voisinage des follicules. Même résultat dans les points dénudés de la peau : quelquefois les glomérules sudoripares ont un épithélium qui a subi en quelques points la dégénérescence colloïde. L'auteur croit à un rapport étroit entre ces infiltrations de leucocytes et l'alopécie; dans la pelade, le détachement du poil se ferait par un mécanisme comparable au décollement de l'épiderme dans les inflammations de la partie superficielle du chorion. F. BALZER.

Sur un cas de chromidrose jaune cataméniale, alternant sur les deux mains, par BARIÉ (*Annales de dermat. et de syph., décembre* 1889).

F..., âgée de 24 ans, a eu quatre enfants : c'est une femme amaigrie, nerveuse, émotive, sans être hystérique. A chaque période menstruelle, la face dorsale des deux première phalanges des doigts et la partie médiane de la face palmaire prennent une coloration jaune foncé caractéristique, avec picotements, sensations de froid. Cette coloration se montre tantôt sur une main, tantôt sur l'autre, mais reste localisée aux mains. La couleur se dépose sur le linge sous l'apparence d'une tache de rouille. La main transpire et, pendant les règles, il y a de l'anorexie, des vertiges, des troubles de la vue. Dans l'intervalle tout rentre dans l'ordre. Chose remarquable, il y a

régulièrement alternance à chaque époque menstruelle de la main droite à la main gauche. Les deux mains n'ont jamais été prises ensemble. L'auteur, sans se prononcer formellement, paraît disposé à rattacher le phénomène à des troubles nerveux. F. BALZER.

Zur Behandlung der Psoriasis, insbesondere mit Hydroxylaminum muriaticum. par FABRY (*Arch. für Derm. und Syph., XXI, n° 2*).

L'auteur a expérimenté l'hydroxylamine à la clinique de Doutrelepont en se servant de solutions alcooliques à 0,2 ou 0,5 0/0 ou de solutions aqueuses à 0,10 0/0, appliquées en compresses. L'hydroxylamine fait d'abord rougir les éléments de psoriasis en détachant les squames; ils pâlissent ensuite et se pigmentent légèrement en guérissant. L'hydroxylamine paraît plus active que l'acide pyrogallique, mais aussi plus irritante, déterminant quelquefois de l'eczéma, quelquefois de l'albumine. Le traitement demande donc à être surveillé de près, et l'on pourra en obtenir d'aussi bons résultats que de l'acide pyrogallique ou de la chrysarobine. F. BALZER.

Ueber eine Methode der Eczemtherapie mit Demonstrationen an Kranken (Méthode de traitement de l'eczéma), par PICK (*Verhandl. der deustch. dermat. Gesellsch. Prague*, 1889).

Pick emploie, en guise de pansement humide, une gélatine au sublimé dont l'application lui a paru souvent donner de meilleurs résultats que celle du goudron. Ce pansement ne s'applique que dans l'eczéma sec, et non dans l'eczéma suintant ou au stade vésiculeux. En voici la formule : gélatine blanche, 30; eau distillée, 90; faire macérer pendant quelques heures et ensuite évaporer jusqu'au poids de 75; ajoutez : glycérine, 25 ; bichlorure d'hydrargyre, 0,05 dissous dans un peu d'eau. Pour les eczémas qui s'accompagnent d'une infiltration considérable, Pick emploie un emplâtre de savon salicylé dans les proportions suivantes : Emplâtre de savon liquide, 100; acide salicylique, 2 1/2 à 5; faire l'emplâtre sur calicot. Il emploi aussi l'emplâtre suivant : emplâtre de savon liquide, 80; huile d'olive, 20; acide salicylique 2,5. Cet emplâtre est étendu sur des bandes qu'on applique sur la partie malade; dans les cas où l'exsudation est forte on le change au bout de trois ou quatre jours; sinon on peut le laisser en place jusqu'à huit jours ou même davantage. F. BALZER.

Thèrapeutische Mittheilungen (Traitement des dermatoses), par LASSAR (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 48, p. 1054, 2 décembre 1889*).

Dans l'*ichthyose*, Lassar fait usage de vaseline salicyliquée à 2 0/0; dans l'*acné*, il se sert d'une pâte de résorcine à 20 0/0; contre les *nævi* vasculaires non saillants, il pratique des scarifications multiples. Il a vu disparaître 2 *angiomes* à la suite d'une hémorragie provoquée par le thermocautère.

Il traite le *vitiligo* par les bains salés ; le goudron, les badigeonnages avec la chrysarobine et l'administration d'arsenic.

Les injections arsenicales lui ont donné un succès remarquable dans un cas de cancer épithélial très avancé, dont la nature a été vérifiée au microscope. J. B.

Durfen syphilitisch-inficerte Aerzte ihre ærztliche Thætigkeit fortsetzen (Les médecins syphilitiques doivent-ils continuer l'exercice de leur profession?) par A. NEISSER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 39, *p.* 681, 1889).

A. Neisser analyse d'abord très soigneusement les diverses conditions dans lesquelles peut se trouver un syphilitique aux différents âges de la syphilis, au point de vue de la contagion. Dans presque toutes les conditions l'infection du malade par le médecin est possible; mais si elle est possible, elle est très peu probable, et le danger peut être réduit au minimum par des précautions convenables (lavage avec des solutions désinfectantes; protection par des corps gras et par du collodion en cas d'éruptions). Et en effet les cas de contagion de malade par le médecin sont extrêmement rares. Aussi ce n'est que dans des cas particuliers que le médecin syphilitique doit être obligé d'interrompre l'exercice de sa profession. Il est impossible de formuler une règle générale. Chaque cas doit être l'objet d'une détermination spéciale. PIERRE DELBET.

Le variazioni della emoglobina nella sifilide recente, par DE LUCA (*Giorn. ital. delle mal. vener.*, *décembre* 1889).

Il n'existe pas un rapport constant entre le nombre des hématies et la quantité d'hémoglobine. L'auteur dans ses observations faites à l'aide de l'hémomètre de Fleischl a examiné 15 hommes et autant de femmes. L'indice moyen de l'hémoglobine est de 99,26 0/0 pour l'homme, de 94,46 0/0 pour la femme, ce qui est à peu près semblable à l'état normal. Ces expériences ont été faites avant et après une cure mercurielle. Dans la syphilis récente, malgré la diminution des globules rouges (Villbouchewitch), le coefficient de coloration reste normal; l'action du mercure est sans effet sur ce coefficient. Pour expliquer ce résultat malgré la diminution des globules rouges, il faut admettre que leur hémoglobine reste dissoute dans le plasma. L'auteur n'a pas vu d'hémoglobinurie dans les cas observés. Il trouve inexact les noms de chlorose ou de chloroanémie appliqués à la syphilis, puisqu'il n'y a pas de diminution de l'hémoglobine, comme dans la chlorose vraie, où elle est inférieure de plus d'un quart à la normale (Barduzzi). Il est vraisemblable que le pigment de l'infection syphilitique dépend de l'hémoglobine en excès dans le sang. F. BALZER.

Delle alterazioni anatomo-patologiche di una forma di alopecia sifilitica, par GIOVANNINI (*Giorn. ital. delle mal. ven.*, *décembre* 1889).

A l'examen de la peau du cuir chevelu dans cette forme d'alopécie, on trouve une infiltration leucocytique dans les cellules connectives de la périphérie du follicule, et principalement autour des vaisseaux : cette infiltration a surtout son siège dans les deux tiers inférieurs du follicule, et s'étend à la limite inférieure du bulbe. Les cellules pénètrent même entre les cellules épithéliales qui sont altérées en ce point; la nutrition du follicule en souffre, et le poil atteint dans sa matrice finit par se détacher. F. BALZER.

Zur Kenntniss der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems (De la syphilis du système nerveux central), par H. OPPENHEIM (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 48, *p.* 1033, *et n°* 49, *p.* 1064, 2 *et* 9 *décembre* 1889).

A. *Syphilis cérébrale.* Dans la majorité des cas, elle a son point de

départ dans les méninges. Les tumeurs circonscrites sont plus rares que les néoplasies diffuses, et celles-ci se développent plus fréquemment à la base de l'encéphale qu'à la convexité ; la méningite basilaire diffuse est la forme la plus habituelle.

Les symptômes de la méningite basilaire diffuse syphilitique sont si caractéristiques que, même en l'absence de tous commémoratifs d'infection syphilitique, une observation suffisamment prolongée en permet généralement le diagnostic.

La céphalalgie est le symptôme le plus saillant; il s'y joint des vomissements, une sensation vertigineuse et des accès de convulsions. Les troubles psychiques ont une grande importance : diminution de l'intelligence allant jusqu'à la démence, apathie, affaiblissement de la mémoire, perte de la connaissance, par instants seulement ; phases de sommeil ou, au contraire, d'excitation maniaque. La polyurie et la polydipsie sont fréquentes dans les cas typiques.

Les paralysies atteignent surtout les nerfs moteur oculaire commun et optique. L'immobilité réflexe des pupilles est souvent le dernier vestige d'une paralysie de la troisième paire. La lésion du nerf optique est beaucoup plus souvent reconnaissable à l'examen des fonctions visuelles qu'à l'examen ophtalmoscopique. D'autres nerfs cérébraux peuvent être atteints : l'olfactif, le trijumeau, le facial et l'acoustique.

Au point de vue du diagnostic différentiel, il y a lieu de mettre en relief la fugacité, l'inconstance des phénomènes, l'espèce de flux et de reflux, les oscillations d'intensité auxquels ils sont sujets. Enfin, à un stade généralement avancé, apparaît l'hémiparésie ou l'hémiplégie, d'origine apoplectique, qui ne survient presque jamais brusquement et qui est habituellement croisée, relativement aux paralysies des nerfs craniens.

L'iodure de potassium, à lui seul, est incapable d'arrêter d'une façon durable la méningite basilaire diffuse.

B. *Syphilis médullaire.* Elle est plus rare que la syphilis cérébro-spinale. La formule plus habituelle est aussi la méningite diffuse.

En exceptant les cas qui marchent comme une myélite aiguë ou suraiguë, on peut utiliser pour le diagnostic de la syphilis médullaire les phénomènes suivants :

1° Coexistence ou antécédents de symptômes cérébraux.

2° Alternative d'augmentation et de diminution de la paraplégie, de l'ataxie, des troubles de la sensibilité, des phénomènes spasmodiques, etc.

3° Alternatives de disparition et d'exagération des réflexes tendineux.

4° Existence passagère des symptômes de l'hémiparalysie de Brown-Séquard.

5° Coexistence de phénomènes d'excitation méningée et radiculaire : névralgies intercostales, paroxysmes douloureux dans les membres inférieurs; raideur du dos, etc.

6° Impossibilité habituelle d'expliquer les symptômes par une lésion en foyer.

7° Altération isolée, parfois, du sens de la température. J. B.

Die Syphilis des Herzens (La syphilis du cœur), par T. LANG (*Vienne*, 1889 *et Berlin. klin. Woch.* 1889, *p.* 982).

Dans sa monographie, Lang a réuni tous les faits d'affections cardiaques, d'origine syphilitique indubitable, qui ont été publiés jusqu'ici, et il y joint une observation personnelle. Des 44 cas que comprend ainsi son travail, il tire les conclusions suivantes :

Contrairement à l'endocardite rhumatismale, l'endocardite syphilitique semble, dans ses formes fibreuse et scléreuse, s'attaquer davantage aux portions pariétales qu'aux parties valvulaires de l'endocarde. L'endocardite gommeuse est habituellement associée à de la myocardite et à de la péricardite fibreuses syphilitiques.

La myocardite, qui peut également être fibreuse, interstitielle ou gommeuse, évolue en général, sans symptômes notables, jusqu'à l'approche de la mort, qui survient inopinément.

Les troubles fonctionnels les plus constants résultent de l'affaiblissement de l'énergie motrice du cœur. Aussi le pronostic est-il extrêmement défavorable.

Le péricarde est rarement le siège primitif d'une inflammation syphilitique ; le plus souvent, il ne devient malade que par la propagation d'une affection du myocarde. A l'heure actuelle, il n'est pas possible de tracer la symptomatologie de la péricardite syphilitique.

Quant aux néoplasmes syphilitiques du cœur, on n'en connaît jusqu'ici qu'un seul exemple, l'observation de myome due à Kantzow et Virchow. (*R. S. M.*, II, 770; III, 259; XI, 200; XVII, 203; XX, 649; XXI, 248 et XXXIV, 130.) J. B.

Syphilis à lésions rares, par JUERGENS (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 49, *p.* 1074, 9 *décembre* 1889).

Fille de 32 ans bien portante jusque 4 jours avant sa mort. Un accès de vertige brusque l'oblige à s'aliter. Lorsqu'elle reprend ses sens, il lui est impossible de parler et, en voulant descendre de son lit, elle s'affaisse sur le sol.

A l'hôpital, on constate une hémiplégie ; puis surviennent de violentes convulsions suivies d'un coma mortel.

Autopsie. Cicatrices d'une ancienne grossesse. Plaques muqueuses caractéristiques au niveau de l'anus.

Symphyse cardiaque totale. Myocardite fibreuse gommeuse et interstitielle des ventricules ; nombreuses gommes miliaires dans les fausses membranes fibreuses qui relient entre eux les deux feuillets du péricarde. Légers épaississements fibreux au niveau des valvules mitrale et aortiques ; sur la cloison interventriculaire, gommes, grosses comme des noisettes, proéminant, de chaque côté, dans le ventricule correspondant ; dans les parois antérieures des deux cavités cardiaques, callosités épaisses au sein desquelles on aperçoit, à la coupe, des vaisseaux à parois hypertrophiées et rigides.

Le lobe inférieur de chaque poumon renferme des gommes, grosses comme des haricots, enkystées et formant des foyers isolés dans le parenchyme, qui est très œdématié et rouge. Du côté droit, la bronche de premier ordre présente de vieilles cicatrices et un rétrécissement assez considérable.

Le rein gauche ne subsiste qu'à l'état de vestige offrant de l'atrophie granuleuse et de profondes cicatrices. Rein droit volumineux, mais intact.

Gastro-entérite gommeuse folliculaire.

Mais les lésions les plus curieuses sont celles du cerveau, où l'on constate, fait extrêmement rare chez l'adulte, une encéphalite interstitielle universelle. Sur les coupes, la substance cérébrale est injectée et les vaisseaux sont distendus; les tissus offrent une couleur jaune et de l'œdème. Cette coloration jaune est due à la métamorphose graisseuse des cellules de la névroglie. J. B.

Syphilide pigmentaire généralisée, par AUDRY (*Ann. de derm. et syph., février* 1890).

Femme de 19 ans ; tuberculose pulmonaire remontant au commencement de 1888 ; syphilis à la fin de la même année : traitement mercuriel. En mai 1889, la peau devient le siège d'une syphilide pigmentaire généralisée. Les taches existent sur le visage, mais sont surtout nombreuses au cou, à la nuque et au dos. Mort le 4 juillet. Au microscope la tache est constituée par une infiltration pigmentaire de petits blocs jaunâtres occupant surtout les cellules de la couche génératrice, et quelque peu celles des couches juxtagénératrices du corps muqueux de Malpighi. Dans les couches très superficielles du derme, on trouve çà et là des blocs pigmentaires. Pas de traces de dermite. Le pigment des couches dermiques est accolé aux globules blancs, et se retrouve autour du noyau dans la portion endoplastique. Le pigment vient donc de la région dermique et est apporté par des corpuscules pigmentifères. V. CHEVALET.

Contribution à l'étude clinique de la syphilis vaginale, par BILLOIR (*Thèse de Paris*, 1890).

Les syphilides vaginales sont plus fréquentes qu'on ne l'avait cru. Elles siègent surtout dans l'ampoule : cette localisation est due au séjour dans cette partie du vagin des sécrétions utérines, et aussi à la pression exercée par le col sur les parois vaginales lorsque l'utérus est déplacé. La malpropreté favorise leur apparition. Le type papulo-érosif est le plus fréquent ; on trouve également des syphilides érosives, ulcéreuses, superficielles ou fissuraires, diphtéritiques, ulcéreuses. On devra les distinguer du chancre induré, du chancre mou, de l'herpès, des végétations aplaties, des ulcérations tuberculeuses du vagin. Elles guérissent facilement ; mais à cause du peu de phénomènes réactifs qu'elles occasionnent, elles peuvent passer longtemps inaperçues et devenir une cause importante de contagion. On doit leur appliquer un traitement local sans négliger le traitement général. V. CHEVALET.

Primary syphilitic lesions of the meatus urinarius, par GREENOUGH (*Journ. of cut. and genit.-urin. dis., juillet* 1889).

Le syphilome primitif du méat urinaire est difficile à guérir à cause du contact de l'urine, et d'autre part ce même contact irritant le rend difficile à différencier du chancre simple dont il revêt les caractères. Il peut passer inaperçu assez facilement chez les individus atteints d'urétrite chronique. Il aggrave notablement la blennorragie et s'accompagne de troubles semblables à ceux du rétrécissement du canal. Dans ces cas, l'emploi continu de tampons de coton imbibés de pommade mercurielle diminue notablement l'infiltration existante. F. BALZER.

Syphilis héréditaire tardive. Gomme du pharynx, par CHEMINADE (*Ann. de derm. et syph., décembre* 1889).

Jeune homme de 27 ans a comme antécédents héréditaires : père mort à 41 ans, à la suite d'une attaque d'épilepsie, après avoir eu des céphalées, des vertiges et être devenu aveugle depuis deux ans ; n'offre pas d'antécédents personnels. On découvre quelques vestiges de syphilis héréditaire sur son corps. Hydarthrose chronique du genou droit. En octobre 1886, ulcération qui envahit et fait disparaître la luette, perforation du voile du palais. En février 1888, vaste ulcération de la paroi postérieure du pharynx. Céphalée nocturne. L'iodure à haute dose amène une amélioration rapide. Les antécédents héréditaires, l'habitus du malade, l'aspect de la plaie permettent d'affirmer le diagnostic d'hérédo-syphilis. V. CHEVALET.

Traitement rationnel de la syphilis primitive, par Alb. WILSON (*Edinburgh med. Journal, p.* 318, *octobre* 1889).

Après avoir démontré la composition probable de la poudre grise très employée actuellement en Angleterre, l'auteur relate plusieurs cas d'éradication du chancre induré, à la suite de laquelle fut chaque fois notée l'absence de tout accident secondaire. L'éradication a été faite soit en pratiquant en même temps la circoncision, soit, si elle n'est pas possible, en enlevant un V du prépuce au niveau du chancre induré.

En aucun cas l'incision ne fut suivie d'ulcération, et la cicatrisation fut rapide. Le pansement a été fait avec l'iodoforme et l'acide borique. Dans aucun cas on ne donna de traitement interne spécifique. F. VERCHÈRE.

Le traitement de la syphilis par l'iodure de potassium à très hautes doses, par WOLFF (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 48, *p.* 1054, 2 *décembre* 1889).

Wolff a obtenu des résultats excellents en employant contre la syphilis de très hautes doses d'iodure de potassium. Un de ses malades en a pris 50 grammes par jour, durant 3 mois, d'autres en ont pris quotidiennement 16, 30 et 32 grammes.

Au lieu de l'administrer dans de l'eau, il l'incorpore à de l'amidon, espérant éviter ainsi des phénomènes d'intoxication, l'amidon, croit-il, devant s'emparer de l'iode libre. J. B.

Ueber Einspritzungen von Calomeleloel und Oleum cinereum, par Hugo LŒWENTHAL (*Berlin. klin. Woch., n°* 32, *p.* 711, 12 *août* 1889).

Après l'avoir employée avec succès chez 10 malades, Senator a renoncé à l'huile grise parce qu'elle déterminait soit des abcès, soit des plaques d'induration douloureuses dans les muscles, empêchant souvent les individus de travailler.

20 syphilitiques ont été traités par les injections de calomel additionné de 10 fois son poids d'huile d'olives. Une seule fois elles ont donné lieu à des abcès et parfois aussi à des plaques d'induration, douloureuses ou non, mais n'empêchant le plus souvent pas le travail. Quand la dose de un décigramme de calomel est mal tolérée (indurations, accès de fièvre), on la réduit à 5 centigrammes.

Un certain nombre de malades offraient des manifestations tardives de la syphilis qui avaient résisté aux injections de sublimé et aux frictions

d'onguent gris et que 5 ou 6 injections de calomel ont parfaitement guéris. Löwenthal en rapporte 3 cas. J. B.

Contribution à l'étude du traitement de la syphilis par les injections hypodermiques de benzoate de mercure, par BALZER et THIROLOIX (*La Médecine moderne*, 9 *janvier* 1890).

Les injections de benzoate de mercure vantées par Stoukovenkoff sont plus facilement tolérées localement que celles des autres sels solubles de mercure : elles doivent donc être employées de préférence lorsqu'on ne voudra pas recourir au traitement par les préparations insolubles qui ont l'avantage de ne pas nécessiter des injections quotidiennes.

GEORGES THIBIERGE.

Der Gonococcus von Neisser, par SCHNURMANS-STEKHOVEN (*Archiv f. Derm. und Syph.*, *XXI*, *Heft* 5 *et* 6).

L'auteur expose les résultats de ses recherches sur la culture du pus blennorragique dans le sérum sanguin du bœuf et du lapin et dans le liquide de l'hydrocèle et dans divers milieux de culture. Il a cultivé trois espèces de microcoques, qui se sont montrés pyogènes dans l'œil des lapins. Dans plusieurs cas les tubes restèrent stériles. L'auteur n'accepte pas comme démontré que le gonococcus de Neisser soit la cause de la blennorragie. Il croit qu'il est peu probable que la gonorrhée dépende d'un microbe spécifique. F. BALZER.

Sur une nouvelle variété de balanite, par CORDIER (*Lyon méd.*, 5 *janvier* 1890).

Cordier signale une variété de balanite d'origine médicamenteuse, survenant à la suite de pansements au calomel, chez des malades qui font usage, à l'intérieur, de préparations iodurées. Il se produit rapidement une décomposition du sel, la formation d'un protoiodure mercureux qui détermine une irritation extrêmement vive allant jusqu'à la vésication. Des lotions boriquées, des lavages abondants amènent rapidement la disparition de cette lésion dont l'auteur cite plusieurs observations.

A. C.

La bulbite urétrale, par DAUNIC (*Thèse de Paris*, *juillet* 1889).

Après avoir étudié au point de vue anatomo-physiologique le cul-de-sac du bulbe urétral chez l'homme aux différents âges et chez les animaux, Daunic décrit sous le nom de bulbite et comme entité morbide la localisation de l'urétrite en ce point du canal. Il indique d'abord les causes de la localisation et de la persistance de l'inflammation dans cette région, à savoir : 1° déclivité du cul-de-sac lorsque le malade est couché; 2° influence des injections qui poussent le pus d'avant en arrière; 3° action de l'urine qui séjourne là, surtout si la contraction des muscles du périnée est un peu faible; 4° peu d'efficacité des liquides médicamenteux injectés, en raison des difficultés qu'ils ont pour y arriver. Rarement primitive d'emblée, la bulbite peut dépendre aussi d'un état général (arthritisme, goutte, rhumatisme, lymphatisme) au même titre qu'une urétrite quelconque; mais elle est le plus souvent le reliquat d'une blennorragie. Parfois elle a semblé liée à un rétrécissement situé en avant de la région bulbaire.

Les symptômes de la bulbite sont exactement ceux d'une urétrite chronique antérieure, c'est-à-dire cantonnée dans le cul-de-sac du bulbe : suintement blennorréique, douleur localisée à la région malade soit par la boule d'un explorateur introduit dans le canal, soit par la pression périnéale, etc... Lente à guérir et sujette à récidiver, cette affection peut se compliquer de spasme urétral, d'urétrite postérieure, de déférentite, d'épididymite.

Le seul traitement local consiste à modifier la région bulbaire par des agents thérapeutiques directs, tels que lavages, instillations et cautérisations au nitrate d'argent dans le cul-de-sac, insufflations de vapeurs d'iode par le procédé de Hamonic... L'état général fournit des indications thérapeutiques appropriées. R. JAMIN.

Arthrites et hydrocèle blennorragiques sans gonocoques, par GUYON et JANET (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *août* 1889).

Chez trois malades atteints d'arthrite blennorragique, l'articulation enflammée fut ponctionnée, et le liquide recueilli ne contenait ni gonocoque ni aucun autre micro-organisme : toutes les cultures restèrent en outre stériles. La ponction a eu lieu le 2e jour après le début de la localisation articulaire chez le premier malade, le 5e jour chez le deuxième, et le 9e jour chez le troisième. Mêmes résultats négatifs chez un autre malade porteur d'une hydrocèle enkystée consécutive à une épididymite blennorragique : la tumeur liquide fut ponctionnée le 10e jour, et la sérosité ne renfermait aucun microbe. R. JAMIN.

I. — Sur le traitement du bubon, par S. CORDIER (*Lyon méd.*, 26 *janvier* 1890).

II. — Traitement des bubons chancrelleux, par Désir de FORTUNET (*Ibidem*, 26 *janvier* 1890).

I. — Après avoir essayé les différentes méthodes de traitement du bubon inflammatoire ou chancrelleux, Cordier s'est arrêté à la suivante, qui lui a donné les meilleurs résultats et la guérison la plus rapide dans 86 cas. Il ponctionne au bistouri dès qu'il y a la moindre apparence de suppuration, puis il injecte 1 centimètre cube d'une solution de nitrate d'argent à 2 0/0. Pansement avec l'iodoforme. La guérison s'obtient en général en deux ou trois jours, sans cicatrice.

II. — De Fortunet a traité 59 malades par l'incision étroite, suivie de l'injection de liqueur de Van Swieten, et l'introduction d'un crayon d'iodoforme, ou l'injection au nitrate d'argent au 50e. A. C.

Behandlung der chronischen Gonorrhoe, par FLEINER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 48, *p.* 1054, 2 *décembre* 1889).

Depuis 2 ans et demi, Fleiner se sert de sondes en acier nickelé dans le traitement de la blennorragie chronique. La masse emplastique est formée de beurre de cacao (17 parties) de cire (2) et de nitrate d'argent (1). Après avoir chauffé la sonde sur une lampe à alcool, on la plonge à plusieurs reprises dans le topique ; au bout de quelques minutes, l'instrument est assez refroidi pour que la masse médicamenteuse soit durcie. Les avantages de ce procédé sont l'asepsie et la simplicité. Fleiner met un intervalle de 5 jours entre les cathétérismes.

Il a traité de cette façon 41 cas de blennorragie avec symptômes de

rétrécissement plus ou moins accusés. Il croit pouvoir en considérer 28 comme guéris; 11 n'ont été améliorés que passagèrement ou ont récidivé; enfin les 2 derniers se sont soustraits au traitement. Huit fois il a fallu plus de 10 cathétérismes pour amener la guérison; chez les 18 autres malades, il en a suffi de 4 à 6. J. B.

PATHOLOGIE EXTERNE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE

I. — Nouvelle méthode pour faire la névrectomie du nerf dentaire inférieur, par Antoine GALIGNANI (*Gaz. des hôpitaux, n° 95, p. 868, 1889*).

II. — Note sur l'arrachement du frontal interne, par de LAPERSONNE (*Bull. méd. du Nord, n° 9, p. 331, 1889*).

III. — Zur Resektion des Nervus buccinatorius (Résection du nerf buccinanateur), par ZUCKERKANDL (*Arch. f. klin. Chir., vol. XXXVII, fasc. 2*).

I. — L'auteur, après des recherches sur le cadavre, a appliqué cette nouvelle méthode sur une femme de 42 ans, atteinte de névralgie localisée à la partie droite de la mâchoire avec irradiation de la face.

Incision sur le bord postérieur de la mâchoire à une distance de 6 millimètres de l'insertion du lobule de l'oreille et de 6 millimètres de l'angle de la mâchoire; incision jusqu'à l'os. Décollement du périoste sur la face interne. Recherche de l'apophyse de Spix avec l'index gauche; dès qu'on sent la pointe de l'apophyse, on glisse sur le doigt un petit crochet solide et on saisit le nerf dentaire qui est attiré jusqu'au bord de la plaie. Après quelques secousses, le nerf se casse dans le canal dentaire. Résection facile d'une certaine étendue du nerf.

L'opération est bénigne. Il n'y a pas d'hémorragie; la réunion se fait très facilement.

Chez la malade opérée par ce procédé, la guérison s'est maintenue depuis cinq mois. C. WALTHER.

II. — Il semble que dans l'opération de Badal (arrachement des filets du nasal externe), il soit difficile de ne pas atteindre le frontal interne, qui en est très voisin. Ce nerf, facile à trouver, est de volume tel que l'ébranlement nerveux qui résulte de son arrachement est assez puissant pour agir sur toute la sphère de la branche ophtalmique de Willis. Il doit donc être systématiquement recherché lorsqu'on veut remédier aux douleurs névralgiques par la méthode de l'arrachement.

LEFLAIVE.

III. — Voici la technique de l'opération que conseille Zuckerkandl : Sur la joue, incision transversale de 5 centimètres à un travers de doigt au-dessus de l'apophyse zygomatique, sur la ligne qui va du tragus au milieu de l'espace naso-labial. Les deux centimètres postérieurs de cette incision sont sur le masséter, les trois autres en avant de lui. Le canal de Sténon et les nerfs qui l'accompagnent, libérés par en haut, sont réclinés en bas. On voit alors l'entrée de la fosse bucco-temporale. La boule graisseuse de Bichat est complètement enlevée. On voit alors

l'insertion du temporal, et le nerf buccinateur est sectionné au point où il repose sur le tendon de ce muscle. PIERRE DELBET.

A case in which spasmodic pains... (Disparition de douleurs spasmodiques de la jambe par la section sous la dure-mère, des racines postérieures de certains nerfs spinaux), par Will. H. BENNETT (*Brit. med. J.*, *p.* 945, *avril* 1889).

Homme de 45 ans, souffrant de douleurs atroces de la jambe gauche dues à une syphilis ancienne du tibia. Tous les traitements avaient été inefficaces: mercure, iodure, narcotiques, trépanation du tibia, amputation de la cuisse, élongation, puis résection du nerf sciatique. La situation empirait chaque jour.

Bennett résolut d'explorer la moelle et au besoin de sectionner les racines postérieures des nerfs spinaux lombaires. L'opération fut faite, et la douleur disparut totalement. Malgré une diarrhée profuse, la plaie guérit vite : au bout de dix jours, il ne restait qu'une petite fistule d'où s'échappait du liquide céphalo-rachidien. Le lendemain, le malade eut une sensation de vertige, se mit à vomir et succomba en quelques heures dans un état comateux. L'autopsie fit voir un caillot sanguin au niveau du lobe occipital : la moelle était saine. H. R.

Secondary suture of the posterior tibial nerve with rapid restoration and motion, par Laughlin MACFARLANE (*New York med. record*, 12 *janvier* 1889).

Homme de 20 ans, ayant eu, le 22 janvier 1885, une plaie comprenant le tendon d'Achille, l'artère et le nerf tibial postérieur.

A son entrée à l'hôpital, en mai 1888, deux ans et six mois après l'accident, le tendon d'Achille était allongé d'un pouce environ. Les muscles du membre étaient très atrophiés. Un petit ulcère occupait la face plantaire immédiatement au-dessous du premier cunéiforme. La sensibilité était intacte sur la face dorsale du pied, mais, sur la face plantaire, elle était entièrement perdue. La petite ulcération pouvait être pressée et manipulée en tous sens, sans donner lieu à la moindre douleur.

Le 4 juin, on pratiqua la suture du nerf; les deux extrémités furent trouvées englobées dans la cicatrice, avec un écartement d'au moins un demi-pouce. Elles présentaient un renflement très étendu ; elles furent avivées et suturées avec de minces fils de soie. Le bout supérieur dut être tiré fortement en bas, et le pied complètement étendu, pour permettre le rapprochement.

Dès le second jour, la piqûre d'une épingle est sentie dans toute la zone innervée par le nerf tibial postérieur; le petit ulcère est douloureux.

Le 13 juin, l'ulcération est entièrement cicatrisée, la sensibilité est presque normale.

Le 4 juillet, la plaie est cicatrisée et le malade quitte l'hôpital. Le 7 septembre il peut marcher sans canne et sans béquilles; la sensibilité est bonne ; il n'y a plus eu d'ulcérations. E. KIRMISSON.

I. — Zur Ætiologie des Tetanus, par Ad. u. Ag. WIDENMANN (*Würtemb. aertzlich. Corresp. Blatt*, *n°* 8, 1889).

II. — Traumatic tetanus treated by nerve excision and chloral hydrate ; recovery, par M. MAKINS (*Lancet*, 20 *juillet* 1889).

III. — Sur un cas de tétanos traité avec succès par l'acétanilide, par FLAMMARION (*Bullet. gén. de thérap.*, *p.* 181, 28 *février* 1889).

I. — Un enfant de 8 ans, en sautant d'un mur, se blesse à la face, près de l'os malaire, sur l'extrémité d'un échalas souillé de fumier de cheval. Il n'est

soigné que deux jours plus tard, et le 6e jour, on enlève encore du fond de la plaie un éclat de bois.

Ce jour même commencent à se produire des tiraillements musculaires du côté blessé. Le 8e jour apparaissent de la difficulté de la déglutition et de la raideur des mâchoires, le 9e jour du grincement des dents, le 10e jour du trismus, de l'opisphotonos et la mort.

De la terre prise sur le lieu de l'accident et un fragment de l'éclat de bois extrait de la plaie furent examinés dans un laboratoire. A l'aide de ces échantillons on put provoquer le tétanos chez des souris. Le bacille de Nicolaïer ne fut pas constaté dans tous les cas de tétanos inoculé. L'incubation est plus longue chez les gros animaux que chez les petits.

Chez l'homme lui-même, l'action du poison tétanique se fait sentir d'abord dans les groupes musculaires voisins du lieu d'inoculation.

A. MATHIEU.

II. — Le tétanos est survenu 11 jours seulement après une piqûre du pied, sa marche a été lente et son intensité légère. Le maximum des contractures a toujours été observé dans le membre blessé, la plaie est restée douloureuse et suppurante ; la pression, à ce niveau, amenait un accès tétanique. En même temps qu'on donne le chloral, on pratique une incision cruciale sur la cicatrice. Une traînée noirâtre conduit sur le deuxième nerf digital, qui est gonflé et enflammé. On en résèque une portion d'un pouce environ. Amélioration progressive. Guérison en trois semaines.

Des cultures ont été ensemencées avec les fragments du nerf et de la peau enlevée, mais sans résultats. A. F. PLICQUE.

III. — Plaie de la main gauche, prise dans un engrenage. Lésions profondes de l'éminence thénar, des premier, deuxième et troisième métacarpiens. Ligament et tendon déchirés. Accident de tétanos au bout de 12 jours. Le chloral et la morphine restent sans action. Acétanilide, 0,20 toutes les 4 heures. Guérison. P. T.

La glicosuria effimera nelle affezioni chirurgiche, par G. NUZZI (*Il Morgagni, octobre* 1889).

La glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales (maladies et traumatismes) est un fait exceptionnel; elle est moins en rapport avec l'affection elle-même qu'avec les conditions particulières des malades. Sa durée est très courte et sans aucun rapport avec la nature de l'affection. Il est difficile de déterminer l'époque de son apparition. Son abondance est très variable, de 3 à 18 grammes par litre. Il n'y a aucun rapport entre l'apparition de la glycosurie et la suppuration.

GEORGES THIBIERGE.

I.—Ueber den Ersatz... (Manière de combler les vastes pertes de substance de la peau avec des lambeaux frais à un ou deux pédicules pris sur des parties éloignées du corps), par von HACKER (*Arch. f. klin. Chir., vol. XXXVII, fasc.* 1, *p.* 91).

II. — Hautverpflanzung nach C. Thiersch (Greffes cutanées de Thiersch), par E. PLESSING (*Ibidem, vol. XXXVII, fasc.* 1, *p.* 53).

III. — Opérations plastiques sur la bouche et le nez, par J. ROTTER (*Cent. f. Chir., n°* 29, *p.* 50, 1889).

I. — Le mémoire de Hacker contient des modifications et extensions importantes de la méthode italienne. N'ayant obtenu de bons résultats

ni par les greffes de Reverdin, ni par les greffes de lambeaux comprenant toute l'épaisseur de la peau (sans pédicules), il a, dans trois cas dont il donne les observations détaillées, eu recours avec succès à la méthode italienne. Dans un cas, il s'agissait d'une petite fille qui avait les jambes maintenues fléchies sur les cuisses par des cicatrices de brûlures qui occupaient les creux poplités des deux côtés. Après avoir sectionné les cicatrices et étendu les jambes, il a comblé les vastes plaies poplitées de chaque côté par un lambeau à deux pédicules, en forme de pont, taillé sur la poitrine, et sous lequel il a fait passer la jambe, la cuisse étant fortement fléchie. L'opération a été faite successivement des deux côtés avec le résultat le plus parfait. Dans un cas, il a transplanté au cou un lambeau à un pédicule pris sur le bras. Enfin dans le troisième cas, il a comblé une plaie de la face interne et postérieure du bras avec un lambeau pris sur la poitrine. Il faut lire dans l'original les détails de ces opérations. Ses conclusions sont les suivantes :

1° Si les deux parties du corps, celle sur laquelle on prend le lambeau et celle sur laquelle on doit le transporter sont trop éloignées l'une de l'autre pour qu'il soit possible d'appliquer le lambeau par toute sa surface, on peut encore réussir en fixant le lambeau seulement par un de ses bords. Lorsqu'il a pris et que le pédicule est coupé, on achève la fixation. C'est une sorte de transplantation progressive. On pourrait même après avoir fixé ce lambeau par un de ses bords et coupé son premier pédicule, se servir de l'adhérence obtenue comme d'un pédicule, et le transplanter sur une autre région. (Transplantation à lambeau voyageur).

2° Lorsque le lambeau a repris par un de ses bords, on peut, s'il n'est pas assez long, continuer à le disséquer du côté de son pédicule, c'est-à-dire repousser son pédicule plus loin.

3° Un lambeau à large pédicule peut subir une assez forte torsion sans mourir, pourvu que l'immobilisation soit parfaite et la compression légère.

4° Dans certains cas, les lambeaux à deux pédicules, en forme de pont peuvent rendre de grands services.

5° Lorsque les lambeaux sont appliqués par toute leur surface, on peut sectionner leur pédicule du 8e au 12e jour. Dans les cas où le lambeau n'est appliqué que par un de ses bords, ou bien dans ceux où le pédicule est fortement tordu, il faut attendre davantage (de 16 jours à 3 semaines).

II. — Plessing commence par donner avec de minutieux détails la technique opératoire que Thiersch avait déjà communiqué au congrès de Berlin en 1886, et qui est aujourd'hui bien connue. Il indique ensuite quelles sont les causes d'échec. C'est d'abord l'infection microbienne. Pour l'éviter, il faut, dit-il, renouveler le pansement tous les jours et laver avec la solution salée stérilisée. Quelquefois les granulations perforent en quelque sorte le lambeau transplanté. — Cet accident est peut-être dû aussi à l'infection. La syphilis peut aussi empêcher la réunion. L'auteur cite trois cas où la transplantation, qui avait échoué, a réussi après un traitement spécifique. En somme, la syphilis et l'infection microbienne sont les deux grandes causes d'échec. La nature de la plaie a aussi une certaine importance. On obtient les plus beaux succès sur les granulations grattées, ensuite sur le tissu conjonctif. Les tissus glandulaire et mus-

culaire donnent encore de bons résultats. Sur les os spongieux et les tendons mis à nu le succès est très aléatoire. Sur le tissu osseux compact (voûte du crâne), on n'a jamais réussi. Pour ce qui est du résultat définitif, il est certainement durable, mais la rétraction, toujours diminuée, n'est complètement évitée que dans les cas où on obtient d'un coup la guérison complète, et encore il peut se produire un certain degré de rétraction si les tissus profonds sont très lâches. L'auteur donne 40 observations recueillies à la clinique de Thiersch avant le mois d'octobre 1886. — Sur ces 40 malades, on a fait 78 transplantations, 17 sur des plaies fraîches, 61 sur des granulations grattées. — On a obtenu 58 guérisons complètes, 12 succès partiels, 8 échecs, qui ont nécessité de nouvelles transplantations.

III. — Rotter présente un enfant de 8 ans, chez lequel il a fermé une division palatine de la manière suivante : il détacha un lambeau cutané large et grêle du milieu du front, le pédicule étant sur le dos du nez, et il couvrit, séance tenante, la face cutanée du lambeau avec des greffes de Thiersch. Ce lambeau cicatrisé, il le renversa au travers du bec-de-lièvre, et le fixa au bord de la division palatine, la face cutanée tournée du côté de la bouche, la face transplantée (Thiersch) tournée du côté du nez. Au bout de 8 jours, le lambeau ayant repris, son pédicule fut coupé au niveau de l'incision. Le résultat fut très satisfaisant, et il ne s'est pas modifié depuis deux ans.

Rotter présente un autre malade auquel il a refait un nez, il y a deux ans avec un lambeau frontal cutané, périostique et osseux. Le résultat est très beau. PIERRE DELBET.

I. — De la trépanation du crâne, par von VOLKMANN (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 50, *p.* 1096, 16 *décembre* 1889).

II. — Die temporäre Resektion des Schädeldaches an Stelle der Trepanation (Résection temporaire de la voûte du crâne pour remplacer la trépanation), par W. WAGNER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 47, *p.* 833, 1889).

III. — Zur temporären Resektion des Schädeldaches, par Julius WOLF (*Ibidem*, *n°* 1, *p.* 1, 1890).

IV. — Zur Frage der temporären Schädelresektion, par W. MULLER (*Ibidem* *n°* 4, *p.* 65).

V. — Trois cas de trépanation, par HOEFTMANN (*Ibidem*, *n°* 29, *p.* 44, 1889).

VI. — Die Methoden zur Erkenntniss... (Méthode pour reconnaître les lésions du territoire cortical moteur), par V. HORSLEY (*Ibidem*, *n°* 29, *p.* 41, 1889).

VII. — Trepanation wegen eines Gehirntumors (Trépanation dans un cas de tumeur cérébrale), par FISCHER (*Ibidem*, *n°* 29, *p.* 42, 1889).

VIII. — Trépanation pour tumeur cérébrale, par KOCHER et SAHLI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 17, *p.* 526, 1er *septembre* 1889).

I. — Von Volkmann est d'avis que le trépan et la tréphine devront être laissés complètement de côté et que seul le ciseau doit être employé pour la trépanation du crâne. La scie et le trépan sont des instruments qui ne font pas de sections nettes ; la poussière osseuse qu'ils produisent pénètre dans les espaces médullaires. Si l'on n'a pas soin de les arroser de temps en temps avec un liquide froid, ces instruments s'échauffent

et atteignent facilement une température de 60° Réaumur. Il en résulte une coagulation du sang dans les vaisseaux et comme conséquence de petites nécroses inévitables.

En outre, le trépan déchire assez souvent la dure-mère, quand il ne pénètre pas plus profondément.

Le ciseau a l'avantage de permettre de pratiquer l'orifice osseux de la forme qu'on veut. Quant à la possibilité de réappliquer le disque osseux enlevé par la couronne du trépan, Volkmann y attache peu d'importance au point de vue du malade.

A l'aide d'une incision cruciale, on sectionne le cuir chevelu et le périoste du même coup ; avec une gouge tenue à plat, on enlève successivement la lame externe, puis le diploé. Ensuite, à travers la lame vitrée, on pratique d'abord un petit trou qui met à nu la dure-mère ; puis on introduit dans cet orifice une rugine étroite, à l'aide de laquelle on décolle circulairement, s'il y a lieu, les adhérences de la dure-mère à l'os. Alors on abaisse la poignée de la rugine de façon qu'elle presse fortement de dedans en dehors contre la lame vitrée, permettant ainsi au ciseau d'agrandir, sans coup férir, l'orifice. Il est bientôt possible d'introduire des rugines ou des élévatoires plus larges et, sous leur couvert, de donner à l'orifice les dimensions désirables. C'est l'aide qui doit, en abaissant fortement le manche de la rugine ou de l'élévatoire, leur faire décrire peu à peu un cercle, pour que l'opérateur puisse donner à l'orifice la grandeur et la forme voulues.

Lorsque, dans les fractures compliquées, la dure-mère est souillée par des poussières ou de la terre, Volkmann l'excise, de même quand elle est très déchiquetée. Il enlève également, lorsqu'elles sont souillées, les couches superficielles du cerveau.

Dans la discussion, Kuester déclare qu'il reste partisan du trépan dans les cas où le crâne ne présente pas de plaie. Il s'appuie, à cet égard, sur les expériences de Koch et de Filehne (*R. S. M.*, V, 262), qui ont produit une commotion cérébrale chez le lapin, en donnant sur la tête de cet animal un grand nombre de petits coups. Aussi Kuester n'admet-il pas qu'il soit toujours indifférent d'attaquer avec le ciseau la boîte cranienne ; il craint que les coups de ciseau ne déterminent la rupture des abcès proches des ventricules latéraux ou celle de vaisseaux friables. Le trépan lui paraît un procédé beaucoup plus doux, d'autant plus qu'en cas d'erreur de diagnostic, on peut replacer immédiatement la rondelle osseuse enlevée. J. B.

II. — Pour éviter les trous qui résultent de la trépanation ordinaire, l'auteur propose de faire une résection temporaire de la voûte du crâne, de telle façon que le segment osseux mobilisé reste en connexion pendant la durée de l'opération avec les parties molles. Voici son procédé. Incision des parties molles, en forme d'oméga majuscule. Lorsque le lambeau s'est rétracté, on sectionne le périoste au ras de son contour, et on coupe l'os au ciseau. Il reste un pédicule osseux entre les deux jambages de l'oméga ; on le sectionne sans blesser les parties molles qui forment le pédicule du lambeau, en glissant sous elles un fin ciseau. On peut alors rabattre tout le lambeau, y compris l'os ; l'opération terminée, on le remet en place, et l'os est maintenu par la section des parties molles. Wagner a appliqué une fois son procédé sur le vivant

pour une hémorragie de la méningée moyenne. Mais il y avait d'autres blessures graves du cerveau, et le malade a succombé au bout de vingt-quatre heures. Ce cas prouve donc seulement la possibilité de l'opération. Wagner a donné la préférence au ciseau sur les autres instruments et en particulier sur les scies circulaires; mais il faut dire qu'il ignorait alors qu'on eût construit en France des scies qui auraient pu être utilisées.

III. — C'est une revendication de priorité. Ni Adamkiewicz ni Wagner n'ont cité dans leur communication sur ce sujet un travail de Wolf publié en 1863 dans les *Arch. f. klin. Chir*. Dans ce travail, Wolf décrivait sous le nom de résection ostéoplastique deux expériences faites sur des animaux, dans lesquelles le segment osseux qu'il avait laissé en continuité avec le péricrâne avait parfaitement repris.

IV. — Müller propose de modifier de la manière suivante l'opération récemment proposée par Wagner. Incision en U des parties molles. On détache à la gouge et au maillet un lambeau comprenant le périoste, la table externe et une partie du diploé. Ce lambeau ostéo-périostique est rabattu avec les parties molles. L'opération terminée on remet le lambeau en place et on le fixe par des points de suture profonds. Müller a employé le procédé une fois sur le vivant. Le malade a bien guéri sans suppuration, mais l'opération est trop récente pour qu'on puisse juger du résultat définitif.

V. — H..., 32 ans, non syphilitique. En août 1886, diplopie, évanouissement, douleur de tête. Puis, peu à peu, paralysie de la face, troubles de la parole. Six semaines plus tard, après un refroidissement, douleurs de tête excessives et vomissements. Le 1er décembre on constate : parésie dans le domaine du facial droit, du moteur oculaire externe et commun, de l'hypoglosse et du glosso-pharyngien. Comme le malade était dur d'oreille et qu'il avait le tympan crevé, Höftmann pensa qu'il pouvait s'agir d'un processus inflammatoire, et le 5 octobre 1886, il trépana l'apophyse mastoïde, jusqu'au sinus transverse qu'il ouvrit. On ne trouva rien qu'un os sclérosé et une dure-mère un peu épaissie. Immédiatement après l'opération, les douleurs de tête ont disparu; en quelques mois les symptômes ont rétrogradé, et aujourd'hui le malade est parfaitement guéri.

Les deux autres observations sont presque calquées sur la précédente. Höftmann pense que l'opération agit comme l'iridectomie dans le glaucome. Il ne peut encore dire si l'ouverture du sinus transverse est nécessaire.

VI. — Horsley est arrivé à distinguer des centres spéciaux pour certains doigts ou orteils, pour le bras, la main, la hanche, le genou; et il peut avec sûreté diagnostiquer les lésions de ces centres. Lorsqu'il est indiqué de mettre à nu le cerveau ou la moelle, il faut toujours faire une large ouverture. Si l'on découvre une tumeur, il faut l'enlever au bistouri, et bien se garder de l'attaquer avec la cuillère tranchante ou le thermo-cautère. Avant d'entamer la tumeur, il faut lier les vaisseaux, car l'hémorragie du cerveau produit un choc intense. Pour éviter cette hémorragie, il est bon aussi d'arroser le champ opératoire avec de l'eau stérilisée ou antiseptique chaude. En général, les malades sont envoyés trop tard au chirurgien. Il ne faut pas s'attarder au traitement antisyphilitique. Lorsque, au bout de trois semaines, ce dernier s'est montré impuissant, la trépanation est indiquée. La trépanation faite, pour pré-

ciser le siège du centre, il faut avec des électrodes aseptiques déterminer des contractions du membre atteint.

VII. — Il s'agissait d'un malade de 37 ans, chez qui on avait diagnostiqué une tumeur de la frontale ascendante du côté gauche. Le 2 juin 1888, il présentait une légère aphasie, de la parésie du bras et de la jambe droite. Le 4 juin, une trépanation fut faite, mais on ne trouva aucune tumeur. A la suite de cette opération, le malade fut très soulagé; mais à la fin de novembre les symptômes reprirent leur marche progressive. Le 20 décembre, on fit une seconde trépanation, et on tomba sur une tumeur rougeâtre, dont la base s'étendait à droite dans la masse cérébrale. On put avec le doigt libérer la tumeur, mais elle se déchira, et il fallut l'enlever par morceaux; elle était très adhérente à la dure-mère. Tamponnement à l'iodoforme, pansement légèrement compressif. Grande amélioration à la suite de cette opération. Mais, au bout de deux mois, les symptômes reprirent leur marche, et le malade succomba, le 20 mars, sans avoir subi de nouvelle opération. L'autopsie montra que la récidive était partie de la dure-mère.

PIERRE DELBET.

VIII. — Homme offrant des symptômes de compression cérébrale dus à une tumeur impossible à localiser. Il y avait des douleurs de tête, de l'œdème des papilles, une abolition presque complète de la vision. Kocher appliqua deux couronnes de trépan, l'une à droite, en arrière, au-dessous de la tente du cervelet; l'autre à gauche, en avant, à la racine des cheveux. Au niveau des deux orifices, la dure-mère était très tendue; au niveau de l'orifice postérieur, il y eut hernie du cervelet qui fut enlevée avec une curette tranchante avant de suturer la plaie; la plaie antérieure fut drainée avec un tube de verre, à cause d'une petite hémorragie veineuse de la pie-mère. Guérison par première intention après deux fois vingt-quatre heures.

Quatre jours après l'opération, il n'existait plus d'œdème papillaire, et l'acuité visuelle du côté gauche avait augmenté du double. L'œil droit n'a pas éprouvé d'amélioration et il y a une atrophie intense de la papille. Les douleurs ont disparu.

Sept semaines après l'opération, l'acuité visuelle du côté gauche est quadruplée.

J. B.

Sur les kystes dermoïdes intra-craniens, au double point de vue de l'anatomie et de la physiologie pathologiques, par LANNELONGUE (*Arch. de physiologie, n° 3, p. 518, 1889*).

Les kystes dermoïdes intra-craniens constituent une affection rare, puisque l'auteur n'a pu en trouver que six cas chez l'homme. Le siège constant de ces tumeurs est dans la région du cervelet, les fosses cérébelleuses, et plus spécialement le voisinage du pressoir d'Hérophile. Ils sont intra ou extra-dure-mériens. Ils occupent généralement à peu près le plan médian, forment une tumeur symétrique. Leur volume, très variable, peut atteindre celui d'une orange. Les kystes extra-dure-mériens ne compriment guère les centres nerveux. Au contraire, les kystes intra-dure-mériens compriment d'abord le cervelet, puis la protubérance, le bulbe, la moelle cervicale elle-même, quelquefois même la face inférieure des lobes postérieurs du cerveau. Sur le crâne, on trouve soit une fossette, soit une dépression en cupule, quelquefois une véritable perforation, non par usure, mais par défaut d'ossification autour du pédicule du kyste. Quant à la paroi du kyste, elle est formée de tissu fibreux riche en fibres élastiques et tapissée d'un revêtement d'épithélium plat stratifié. Le contenu se compose de masses caséeuses ou grumeleuses; au centre, ce peut être

un liquide séreux, séro-sanguinolent ou purulent. Au microscope, on trouve des cellules sébacées et des cellules épithéliales plates. La présence de cheveux est constante.

Bien que l'affection soit essentiellement congénitale, les symptômes ne se sont jamais montrés avant l'âge de 2 ans, époque de l'occlusion des fontanelles; quelquefois ils ne sont nettement apparus qu'à 20 ans. Les manifestations du début : hydrocéphalie, céphalée occipitale, sont assez obscures. Puis surviennent des attaques convulsives, habituellement généralisées, par crises de plusieurs jours de durée et des vomissements. Enfin se montre une paralysie progressive, frappant d'abord les membres inférieurs, puis les membres supérieurs, enfin certains viscères. La sensibilité générale et spéciale, les facultés intellectuelles, demeurent normales. La mort survient dans le coma. L'affection évolue en plusieurs mois ou plusieurs années, sans rémissions, même passagères.

Le diagnostic, fort difficile, repose sur les symptômes d'une tumeur intra-cranienne, joints au jeune âge du malade. Toutefois il reste à différencier l'affection d'avec la syphilis héréditaire et la tuberculose des centres nerveux, maladies bien plus fréquentes.

Quant au point de départ de ces kystes, il est incontestablement dans le tégument cutané. Ils résultent de l'enclavement d'une partie de l'ectoderme dans la boîte cranienne. Ce n'est d'ailleurs qu'un cas particulier d'une loi générale. « Tout kyste dermoïde émane de l'enclavement ou de la persistance de l'ectoderme provenant d'une fissure embryonnaire. » Le siège exclusif des kystes dermoïdes intra-craniens dans la région de l'inion s'explique par un pincement de l'ectoderme entre la première ou la seconde et la troisième vésicules cérébrales.

Il y a un seul traitement : la trépanation du crâne, suivie de l'extirpation de la tumeur. La constance du siège de celle-ci favorise l'intervention.

G. LION.

Ueber die Endresultate der Carcinome... (Pronostic des épithéliomas de la face non compris ceux des lèvres), par OHREN (*Arch. f. klin. Chir., XXXVII 2e fasc, p.* 307).

Ohren a suivi 72 malades opérés à la clinique de Würzbourg. Le laps de temps qui s'est écoulé depuis le début de la maladie jusqu'à l'opération est extrêmement variable: en général il est de plusieurs années 8, 10 ans, et même de 15 et 20 ans. Mais à côté de ces cas, il en est d'autres où les malades sont venus réclamer l'intervention moins d'un an après le début de leur mal. La plupart des opérations ont nécessité des délabrements considérables (résection partielle ou totale des maxillaires, de la voûte du crâne, de l'apophyse zygomatique, des cartilages des os du nez, du conduit auditif externe). Malgré la gravité de ces interventions, il n'y a qu'une seule mort qui soit imputable à l'opération. Deux autres malades ont succombé à des complications accidentelles. Si on retranche ces 3 malades, qui ont succombé peu de temps après l'opération et onze sur lesquels on n'a pu avoir de renseignements, il reste 58 malades, dont 26 ont eu des récidives. Il y a cependant trois cas douteux, les malades ayant succombé à des tumeurs abdominales sans présenter de récidives locales. Parmi les 29 malades qui n'ont pas eu de récidives, il n'y en a que 9, qui sont opérés depuis plus de 3 ans, c'est-à-dire dont la guérison

puisse être considérée comme définitive. Le plus grand nombre des récidives ont été des récidives locales. Certains malades ont subi pour des récidives plusieurs opérations successives. La loi de Thiersch s'est trouvé pleinement justifiée : l'intervalle qui s'écoule entre l'opération et la récidive devient d'autant plus court que les opérations sont plus nombreuses. Ce qui est très particulier, dans ces épithéliomes de la face, c'est la possibilité d'une longue survie malgré les récidives. Cette survie a été plus considérable dans les cas où la première récidive n'a pas été opérée que dans ceux où on a poursuivi les récidives par des opérations successives; ce qui s'explique, dit Ohren, par ce fait que les opérations multiples ont été faites pour des cas plus graves à marche plus rapide. Les résultats statistiques d'ensemble sont les suivants : 72 malades, 4,2 0/0 sont morts rapidement après l'opération; 27,8 0/0 ont succombé à des récidives; 9,7 0/0 sont encore vivants avec des récidives; 15,3 0/0 ont été perdus de vue; 17,1 0/0 sont morts de maladies intercurrentes, sans récidives; 31,9 0/0 n'ont pas présenté de récidives. Comme les récidives sont surtout des récidives locales, des repululations sur places dues en somme à ce que des parties histologiquement malades ont échappé au bistouri; l'indication, c'est d'opérer le plus tôt et le plus largement possible. PIERRE DELBET.

Etiologie et diagnostic des tumeurs malignes, particulièrement de celles de la langue et des lèvres, par V. ESMARCH (*XVIIIe Cong. des chirg. allem. Cent. f. Chirg.*, *n°* 29, *p.* 15, 1889).

Dans toutes les régions du corps, mais particulièrement à la langue et aux lèvres, il existe des tumeurs syphilitiques, tuberculeuses, actinomycotiques, qui ne peuvent être distinguées cliniquement des néoplasmes malins. Pour faire le diagnostic, on peut être obligé d'enlever à plusieurs reprises des morceaux de la tumeur, et il ne faut pas reculer même devant des interventions sérieuses pour arriver à ce but. Les syphilomes prêtent surtout à la confusion : d'après Esmarch, les prétendus sarcomes des muscles seraient le plus souvent d'origine syphilitiques. Après l'extirpation, ces syphilomes récidivent rapidement et présentent tous les signes de la malignité. Par contre ils guérissent rapidement sous l'influence du traitement antisyphilitique.

Au point de vue étiologique, les circonstances occasionnelles paraissent jouer un rôle important, plaies, traumatismes, cicatrices, ulcères, irritations chroniques. Les tumeurs bénignes peuvent se transformer en tumeurs malignes. L'hypothèse de Conheim au sujet des restes embryonnaires n'est pas admissible. La nature microbienne du cancer n'est pas démontrée, et elle n'est pas vraisemblable. Lorsqu'on veut serrer de plus près l'étiologie des tumeurs, on vient se heurter à une certaine prédisposition héréditaire. Le développement du sarcome sur un terrain syphilitique peut donner une base à l'étiologie des tumeurs malignes. L'auteur se demande si la syphilis héréditaire ne peut pas agir au bout d'un temps fort long au travers de plusieurs générations.

A la suite cette communication, Krause, Hahn, Schede, Bergmann ont présenté des malades ou des statistiques ayant trait à la curabilité du cancer par les opérations. PIERRE DELBET.

Recherches sur les tumeurs des glandules salivaires de la muqueuse buccale, par Aug. VOYER (*Thèse de Paris, n° 358, 1889*).

Les petites glandes salivaires sous-muqueuses du voile du palais, de la voûte palatine, de la face interne des lèvres et des joues peuvent être le siège de tumeurs appartenant au point de vue anatomo-pathologique au genre épithélioma. Ces épithéliomas constituent une variété spéciale : 1° à cause de leur trame qui peut être mixte ou simple : dans le premier cas, on y rencontre combinées en proportions variables les diverses formes du tissu conjonctif, tissu fibreux embryonnaire ou adulte, cartilage, tissu myxomateux, tissu élastique; dans le second cas, on trouve une seule de ces formes, le plus souvent la forme fibreuse ou la forme myxomateuse; 2° par la tendance qu'a la trame à étouffer l'élément épithélial, cause évidente de leur bénignité; 3° par la tendance qu'ont les deux éléments constituants, épithélium et trame, à subir la dégénérescence muqueuse. Cette dégénérescence explique la présence des kystes que l'on rencontre si fréquemment.

Rarement ces tumeurs se compliquent d'infection ganglionnaire. L'adénome pur, décrit par les observateurs classiques, n'existerait pas d'après les recherches histologiques de l'auteur, ou tout au moins, s'il existe, serait exceptionnel. Le traitement doit être une ablation faite le plus tôt possible pour éviter une évolution maligne possible et remédier aux troubles fonctionnels que déterminent ces tumeurs par leur siège et leur volume. F. VERCHÈRE.

Epithelioma of the thyroid gland and trachea, par Norris WOLFENDEN (*Journ. of laryng., février* 1890).

Homme de 55 ans, entré à l'hôpital pour des troubles de la respiration et de la déglutition remontant à six mois. Tumeur du volume d'une orange du lobe droit de la thyroïde, gonflement du lobe gauche. Le cathétérisme de l'œsophage ne fait constater aucun rétrécissement du conduit. Au laryngoscope, tumeur rouge sous-glottique faisant saillie dans la trachée. Mouvements des cordes normaux. Pas d'engorgement ganglionnaire. Des attaques de suffocation étant survenues, on pratique la trachéotomie après anesthésie chloroformique. L'incision de l'isthme thyroïdien montre une masse cancéreuse; la trachée est refoulée à gauche. Malgré l'incision bien faite de la trachée, la respiration s'arrête et le malade succombe.

A l'autopsie, le cancer thyroïdien comprime la trachée, qui est courbée entre le 4e et le 5e anneau. La trachée est envahie par une masse cancéreuse allant de ce point jusqu'au cartilage cricoïde. La tumeur est un épithélioma à cellules pavimenteuses. A. C.

I. — Glande thyroïde accessoire dans la langue, par Rud. WOLF (*Cent. f. Chir. n° 29, p. 51, 1889*).

II. — Goitre annulaire constricteur (épithélioma du corps thyroïde), thyroïdectomie totale, tétanie, cachexie strumiprive passagère, par P. BERGER (*France méd., n°s 51 et 52, 1889*).

III. — Pseudo-myxœdème à la suite d'une thyroïdectomie partielle, par A. KOEHLER (*Berlin. klin. Woch., n° 41, p. 903, 14 octobre 1889*).

IV. — Sur la thyroïdectomie partielle, par AUDRY (*Gaz. méd. de Paris, 12 octobre 1889*).

V. — Tetanie im Anschluss an Kropfexstirpation (De la tétanie consécutive aux thyroïdectomies), par von EISELSBERG (*Berlin. klin. Woch.*, *n*° 43, *p.* 945, 28 *octobre* 1889).

I. — Une jeune fille de 18 ans souffrait de difficulté de la déglutition particulièrement depuis qu'elle avait eu la coqueluche à l'âge de 12 ans. Les douleurs ayant augmenté, elle vint consulter en octobre 1888. Au laryngoscope, on put reconnaître que la moitié gauche de la partie ascendante de la langue était envahie par une tumeur qui s'étendait jusqu'au pharynx. Un traitement iodique ayant échoué, Wolff fit l'extirpation de la tumeur par le procédé de Langenbeck, après trachéotomie préventive et tamponnement à la gaze iodoformée ; sonde œsophagienne par le nez. La malade a guéri en cinq semaines. L'examen histologique a montré que cette tumeur avait la structure du corps thyroïde. PIERRE DELBET.

II. — Il s'agit d'une femme de 40 ans qui, depuis huit mois, souffrait d'une sensation de constriction à la gorge, de dysphagie et d'essoufflement, avec conservation du bon état général. Le corps thyroïde, peu augmenté à la vue, présente, à la palpation, d'une consistance beaucoup plus dure qu'à l'état normal et d'une absolue fixité. Pas d'engorgements ganglionnaires. Malgré l'impossibilité de se prononcer nettement entre l'hypothèse d'une néoplasie maligne et celle d'un simple goitre annulaire fibreux, mais ne considérant que la menace toujours croissante de l'asphyxie, Berger se décida à pratiquer la thyroïdectomie et ne laissa que quelques parcelles du tissu de la glande, au niveau des pédicules vasculaires.

Trois jours après l'opération se déclarèrent des phénomènes tétaniformes qui, d'abord limités aux doigts s'étendirent ultérieurement au reste des membres et à la mâchoire.

Ces accidents cédèrent à la médication par le chloral et le bromure de potassium.

Six semaines plus tard se montrèrent les premiers signes d'une cachexie strumiprive (face blafarde, traits rigides, gonflement de la partie inférieure de la face, torpeur intellectuelle).

Ces accidents disparurent complètement au bout de quelques semaines.

D'autre part, 9 mois après l'opération, il n'y avait pas apparence de récidive.

Pourtant l'examen histologique de la pièce avait conduit au diagnostic épithélioma ; mais Berger se demande s'il ne s'agissait pas là de simples néoformations épithéliales, au sens anatomique du mot, mais sans malignité, ainsi que le fait a été établi pour certaines néoplasies de l'ovaire et du testicule. LUC.

III. — Femme de 44 ans à qui Bardeleben a fait, le 5 juillet 1888, une thyroïdectomie partielle, laissant la pyramide, grosse comme une cerise, et un fragment du lobe moyen, épais de 1 centimètre, soudé à la trachée aplatie en fourreau de sabre. Guérison apyrétique en trois semaines.

Malgré cela, il est survenu un grand nombre de troubles morbides appartenant au myxœdème.

L'intelligence, qui n'était pas déjà très développée, s'est encore affaiblie. Les mouvements et la parole sont lents et difficiles ; l'expression de la face est idiote, les traits sont lourds. Les cheveux sont tombés, les dents se fragmentent; la peau, sèche, ne sue jamais et desquame. Il y a de la gêne de la déglutition, quoique la sonde pénètre sans difficulté dans l'estomac. Jusqu'il y a peu de mois, cette femme avait de fortes ménorragies ; depuis lors, la menstruation s'est supprimée. J. B.

IV. — Audry rapporte l'observation de sept malades auxquels on a pratiqué, pour des tumeurs du corps thyroïde, la thyroïdectomie par-

tielle. Après avoir rappelé que ces tumeurs occupent tantôt l'isthme, tantôt les lobes latéraux, il décrit deux variétés des premières, suivant que la tumeur est indépendante d'un seul ou des deux lobes latéraux; dans le premier cas, il est nécessaire de jeter une ligature sur le pédicule. Si le néoplasme présente des adhérences de voisinage, il devient souvent nécessaire d'agrandir la première incision, ce qui permettra d'éviter toute blessure des organes contigus.

Chez les sept malades qui ont été opérés par l'excision partielle de la glande, il eût été impossible de pratiquer l'énucléation intra-thyroïdienne de Socin; il n'y a eu aucun accident, et la guérison a été très rapide.

OZENNE.

V. — Sur 52 ablations totales du corps thyroïde pratiquées dans le service de Billroth, 12 ont été suivies de tétanie. 4 de ces tétanies ont été mortelles, l'une au bout de 7 mois; dans aucun cas, l'autopsie n'a révélé de lésions des centres nerveux. Une des femmes, opérée il y a 9 ans, a encore des accès fréquents, surtout quand la température est humide et froide.

La saison dans laquelle a été pratiquée la thyroïdectomie n'a exercé aucune influence; la morphine et le chloral n'ont eu d'efficacité que dans les attaques légères.

Von Eiselsberg a fait des expériences sur les chats. 12 thyroïdectomies totales ont toujours été suivies de tétanie et de mort dans un laps de temps variable de 7 à 40 jours. La tétanie a été aussi constante chez les animaux auxquels, après avoir enlevé la totalité du corps thyroïde, on réincorporait l'organe extirpé (10 cas), ou bien auxquels on injectait le suc du corps thyroïde d'autres animaux (5 cas).

L'ablation unilatérale (16 cas) n'a jamais été suivie de tétanie.

Huit fois von Eiselsberg a pratiqué l'ablation en deux séances, enlevant d'abord une moitié de la glande qu'il suturait dans un repli épiploïque, puis extirpant l'autre moitié au bout d'un temps variable de trois jours à trois semaines. Cette deuxième opération entraîna toujours la mort, sauf dans un cas où l'on constata que le corps thyroïde avait pris vie dans l'épiploon.

L'expérimentation montre qu'il y a apparition de tétanie dès qu'on enlève les quatre cinquièmes du corps thyroïde.

La ligature de la totalité des vaisseaux de l'organe, pratiquée 16 fois, a les mêmes conséquences.

Von Eiselsberg se rallie à l'opinion de Horsley que la fonction du corps thyroïde consiste à rendre inoffensive une substance mucinoïde toxique pour l'économie. Wagner (de Vienne) a injecté à des chats bien portants de la mucine provenant de la parotide du bœuf et a provoqué ainsi de la tétanie. (*R. S. M.*, XXII, 677; XXIV, 653, et XXV, 577.) J. B.

I. — Trois cas d'œsophagotomie pour corps étrangers, par KROENLEIN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 24, p. 757, 15 décembre* 1888).

II. — Œsophagotomie und Pleuraschnitt wegen eines Fremdkörpers (Œsophagotomie et pleurotomie pour un corps étranger), par Georg FISCHER (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, XXIX, p.* 99).

I. — 1° Homme de 48 ans, ayant avalé une dent de mouton. Opéré le quatrième jour dans un état très grave, il a guéri.

2° Femme de 20 ans, ayant avalé 13 heures auparavant son dentier, que pour la première fois elle n'avait pas retiré en se couchant. Le corps étranger se trouvait à 35 centimètres de l'arcade dentaire, mais ne put être extrait, malgré 13 tentatives avec le panier de Graefe. Incision de Guattani, comme pour lier la carotide primitive ; section de l'omohyoïdien. Fermeture de la plaie œsophagienne par une suture continue au catgut. Drain ; suture de la peau. Alimentation par la sonde seulement les 3 premiers jours. Réunion de la plaie œsophagienne par première intention.

3° Homme de 36 ans, ayant avalé son dentier. Comme les sondes les plus volumineuses pénétraient sans difficulté jusque dans l'estomac, deux médecins successifs crurent que le corps étranger n'était plus dans l'œsophage, bien que le malade soutînt qu'il le sentait à un travers de doigt au-dessus de la fourchette sternale. Le 5e jour, hémorragie artérielle considérable par la bouche, suivie dans la nuit de quelques selles noires. Le 6e jour entrée à l'hôpital dans un état très grave, avec une pâleur cireuse et 146 pulsations. Œsophagotomie immédiate; une dent du râtelier avait perforé la tunique musculeuse de l'œsophage. Extraction sans hémorragie; non réunion de la plaie œsophagienne; tamponnement avec la gaze iodoformée. Le 4e jour après l'opération, hémorragie artérielle énorme qui s'arrêta d'elle-même. Dans la journée, 3 selles noires. Le 15e jour, la plaie était à peu près cicatrisée, quand le malade eut, à la fois par la bouche et l'anus, une nouvelle hémorragie à laquelle il succomba au bout d'un quart d'heure. Autopsie. En face de la plaie œsophagienne, placée à gauche, se voyait, proéminant dans l'intérieur de l'œsophage, un orifice de vaisseau béant. Il s'agissait de l'artère thyroïdienne inférieure droite qui contenait un caillot et qui avait été érodée par le crochet du dentier durant son séjour prolongé en cet endroit. J. B.

II. — Un homme de 50 ans, robuste, avale un fragment d'os, qui demeure dans l'œsophage; tentatives infructueuses d'extraction avec la sonde; cependant les douleurs se calment. Mais, 3 semaines après l'accident la déglutition devient difficile et une tumeur apparaît sur la face postérieure du pharynx; expuition fétide et gonflement du cou. Ces phénomènes n'ayant pas été modifiés par l'incision de la tumeur pharyngienne, on conclut à un phlegmon profond du cou provoqué par la perforation de l'œsophage. Œsophagotomie le 26e jour; opération laborieuse en raison de l'infiltration des tissus, mais sans hémorragie ; le fragment d'os ne fut pas retrouvé. — Suppuration abondante, fétide de la plaie qui donne issue à des débris gangreneux. Cicatrisation lente. Etat général précaire, expectoration putride ; au bout de 3 semaines la fièvre reparaît, et on constate la présence d'un épanchement pleural septique du côté droit. Empyème ; mort 33 jours après l'œsophatogomie. L'autopsie fit voir une pneumonie gangreneuse du côté droit : la plaie de l'œsophage était guérie.

Le corps étranger a provoqué simultanément dans ce cas, à la suite de la perforation de la paroi pharyngienne, un phlegmon septique du cou qui a guéri par l'opération, et une bronchite putride qui a amené la mort par gangrène pulmonaire. Ce fait porte à 120 le nombre des œsophagotomies pour corps étranger pratiquées jusqu'à ce jour. Les 119 opérations précédentes ont donné 87 guérisons et 32 morts, soit une mortalité de 26,8 0/0 ; mais, dans nombre de cas, la mort a été indépendante de l'opération. DE SANTI.

I. — **Gastrostomie, par SICK** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 21, *p.* 427, 1889).

II. — **Bemerkungen über die Diagnose und Indication zur Operation der Pylorusstenose (Remarques sur le diagnostic et les indications opératoires dans les sténoses pyloriques), par ANGERER** (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 57, 1889).

III. — Magendünndarmfistel (Fistule gastro-intestinale), par LAUENSTEIN (*Deutsche med, Woch.*, *n°* 21, *p.* 428, 1889).

IV. — Ueber Magenresectionen (Résections de l'estomac), par CZERNY. (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 44, *p.* 966, 4 *novembre* 1889).

V. — Discussion de la 62e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Ibidem.*)

VI. — A successful case of Loreta's operation in the stomach, par Frederick TREVES (*Brit. med. J.*, *p.* 1105, *mai* 1889).

I. — Sick a obtenu, par la gastrostomie, un résultat favorable dans un cas de cancer de l'œsophage, devenu infranchissable. Le sujet est une femme de 52 ans, opérée depuis six mois. L'incision de la paroi a été faite parallèlement à l'arc costal gauche; on a pratiqué des sutures au catgut et placé une sonde dans l'orifice gastrique. Pas de fièvre. L'opérée, très amaigrie, a gagné 18 livres en très peu de temps, à la suite de la gastrostomie, et son état reste satisfaisant. Elle éprouve le besoin de goûter, en les gardant un moment dans la bouche, les aliments qu'on lui verse dans l'estomac par la sonde. Elle est capable de travailler presque autant qu'avant le début de la maladie. L. GALLIARD.

II. — Le pylore retréci, mais non adhérent, se déplace à droite et en bas par l'insufflation de l'estomac. S'il y a des adhérences, la tumeur reste immobile lors de l'insufflation. Si elle se déplace à gauche ou en haut, c'est également qu'il y a des adhérences. En s'appuyant sur 16 cas qu'il a opérés, l'auteur déclare que la résection typique n'est possible que dans les cas où le pylore se déplace d'une manière normale sous l'influence de l'insufflation. Il y a des cas où le carcinome envahit la paroi de l'estomac; la gastro-entérostomie devient alors extrêmement difficile, sinon impossible. Lorsque la paroi est ramollie, l'auteur recommande de protéger la suture avec un morceau d'épiploon, comme l'a fait Senn. Sur six résections de l'estomac, Angerer a perdu 5 malades très rapidement après l'opération; la sixième est encore en très bonne santé après plus de deux ans. De ses 6 opérés de gastro-entérostomie, l'un vit depuis plusieurs mois, les cinq autres ont succombé très rapidement.

Lauenstein fait remarquer qu'une tumeur même très mobile peut déjà avoir envahi les ganglions, ou s'être étendue à l'estomac. Sur 9 résections du pylore, il a perdu 5 malades dans les premiers jours de l'opération; sur 9 gastro-entérostomies, deux seulement ont succombé aux suites de l'opération. PIERRE DELBET.

III. — La gastro-entérostomie donne de meilleurs résultats que la résection du pylore.

L'opération est recommandée surtout dans les cas de rétrécissement pylorique non cancéreux; elle supprime les vomissements.

L'auteur cherche d'abord la dernière partie du duodénum et réunit l'estomac et l'intestin par une double rangée de sutures avant d'inciser; il évite ainsi la contamination du péritoine par le contenu de ces organes.

Son dernier opéré est dans un état de santé remarquable; on a peine à le reconnaître; il a passé en 3 mois et demi de 103 livres à 141; il a donc gagné 38 livres. L. GALLIARD.

IV. — Depuis 1881, Czerny a fait 41 laparotomies pour des affections stomacales : notamment 8 résections du pylore pour cancer (l'un des

malades a été opéré 2 fois) ; 3 de ces opérés ont succombé à une gangrène du côlon, les autres ont survécu de 5 mois à 2 ans.

Il a pratiqué 4 résections pour rétrécissements non malins du pylore.

L'un des malades, opéré il y a 7 ans, vit encore en parfaite santé ; il n'a pas de hernie et ne porte point de bandage.

Une femme, ayant ingéré un alcali caustique, eut un rétrécissement du pylore et de l'œsophage. Czerny pratiqua d'abord une fistule gastrique et traita le rétrécissement œsophagien. Celui-ci guéri, il songea, un an plus tard, à traiter le rétrécissement pylorique. La discision ayant échoué, il ferma la fistule, puis incisa et réséqua le pylore. La malade a vu son poids augmenter de 19 kilogrammes.

Des deux autres opérés, chez lesquels Czerny avait cru d'abord à un cancer, l'un a succombé tandis que l'autre a guéri.

Depuis 1885, Czerny a fait 11 fois la gastro-entérostomie, 5 fois d'après la méthode de Wölfler et 6 fois par le procédé modifié de Hacker.

Sept des onze opérés ont succombé. La méthode de Hacker exige une mobilité suffisante de l'estomac pour permettre l'abouchement du duodénum en arrière.

Czerny pratiquait généralement sur l'intestin une incision de 3 centimètres qui ne lui paraît pas assez longue.

La gastrectomie est indiquée dans les cancers circonscrits et mobiles, la gastro-entérostomie quand il y a des métastases et des adhérences un peu considérables.

Czerny a ouvert deux fois l'estomac pour y rechercher des épingles avalées ; une fois seulement, il a trouvé le corps étranger qui était implanté dans la paroi stomacale.

Enfin, il y a 2 ans, il a enlevé un sarcome de la petite courbure et son opéré est encore bien portant.

V. — Luecke recourt plus souvent pour les cancers à l'entérostomie à cause du danger de récidives. Il y a 3 ans et demi, il a fait une gastro-entérostomie chez une femme que Kussmaul ne croyait pas cancéreuse. L'opérée a maintenant un cancer indubitable. La communication établie alors suffit encore parfaitement ; cette femme n'a pas de vomissements et va bien à la garde-robe. Quand il ne peut pas attirer facilement le pylore, Luecke fait toujours la gastro-entérostomie, selon la méthode de Wölfler, avec une incision de 4 à 5 centimètres.

Kœnig n'a eu que de mauvais résultats avec la résection de l'estomac ; il y renonce dès qu'il trouve des ganglions pris. La gastro-entérostomie est une opération relativement facile. Même en cas de rétrécissement non cancéreux, Kœnig est partisan de l'anastomose intestinale. Il suture tantôt avec la soie, tantôt avec le catgut.

D'après von Eiselsberg, il a été fait à la clinique de Billroth 37 résections.

Les contre-indications sont fournies par la présence de noyaux hépatiques et d'adhérences, sauf celles avec le pancréas. 20 opérés ont succombé, 10 à une perforation tenant au nombre insuffisant de sutures une fois on avait lié par mégarde la veine colique. Ont survécu pendant un temps plus ou moins long 11 cancéreux et 5 malades ayant des rétrécissements cicatriciels.

Sur les 8 opérés d'après la méthode de Wölfler, 5 ont succombé ; sur

les 11 opérés d'après le procédé de Hacker, 6 ont succombé. Actuellement Billroth ne pratique l'opération de Wölfler qu'autant que la paroi postérieure est fortement envahie par le cancer. Il fait toujours l'incision longitudinale.

Après l'ouverture du péritoine, il pratique une petite incision dans le petit épiploon pour pouvoir palper la paroi stomacale postérieure.

Des aides obturent avec les mains les orifices gastrique et duodénal.

L'estomac est ouvert au niveau de la petite courbure. La suture est commencée en arrière ; elle intéresse aussi la muqueuse. 3 plans de sutures referment la plaie. Durant les 10 premiers jours, on alimente les opérés par le rectum. Comme Luecke, Billroth se sert toujours de soie préparée pour ses sutures.

Krœnlein a pratiqué 5 résections ; 2 opérés ont survécu 18 mois ou 2 ans. Très souvent, en cas de cancer, il s'est borné à une laparotomie exploratrice, après avoir reconnu l'impossibilité d'une résection. J. B.

VI. — Homme de 27 ans, intempérant, atteint d'une forme grave de gastrite chronique fort douloureuse et compliquée de dilatation de l'estomac. Le malade vomit tout ce qu'il prend, avec des souffrances intolérables, et cet état résiste à tous les moyens thérapeutiques, y compris le lavage gastrique. Quand l'estomac est vide, on sent au niveau du pylore une dureté circonscrite. Le diagnostic posé est rétrécissement pylorique non organique. Le malade s'affaiblissant et mourant d'inanition, on fait une incision sur la ligne médiane de l'appendice xyphoïde à l'ombilic. L'estomac apparaît distendu. Le pylore est difficile à découvrir, enclavé dans une masse dure adhérente à la base du foie, et d'origine inflammatoire.

Ouverture verticale de l'estomac entre les deux courbures, à 2 pouces de l'orifice pylorique. On amène le viscère à l'extérieur par la plaie, au moyen de deux pinces garnies de gutta-percha et stérilisées. L'incision est juste assez petite pour faire pénétrer le doigt; on évite ainsi l'écoulement des matières contenues dans l'estomac. Le pylore apparaît alors induré et rétréci, il n'admet pas le doigt. Cela fait, maintenant le pylore de la main gauche, le chirurgien force graduellement l'orifice pylorique avec l'index droit engagé dans l'estomac, de façon à le dilater progressivement. Puis, après agrandissement de l'incision stomacale, il introduit le médius et arrive de la même façon à les faire passer tous deux à travers le pylore sans produire de déchirure ni d'hémorragie. Après quoi, suture de l'estomac impliquant les tuniques muqueuse et musculaire et pansement antiseptique iodoformé.

Pendant les premiers jours, le malade est maintenu sous l'influence de la morphine et on le nourrit par des lavements. Le septième jour, les points de suture sont enlevés, mais le lendemain le malade eut un effort de vomissement et rouvrit sa plaie, qu'on dut réunir de nouveau. La cause du vomissement étant l'accumulation de mucosités, à partir de ce moment on lave quotidiennement l'estomac avec une solution boriquée. Le neuvième jour on commence à donner un peu de lait par l'estomac ; le vingtième jour le malade se lève : il mange bien et peut être considéré comme guéri. Douze mois après l'opération il est revu en parfaite santé.

C'est la deuxième opération de ce genre qui se pratique en Angleterre ; la première est due à Hagyard et a été publiée dans le *Brit. med. Journ.*, le 19 février 1887. H. R.

Ueber die Behandlungs methode bei verschluckten Fremdkörper (Traitement des corps étrangers avalés), par SALZER (*Soc. des méd. de Vienne*, 11 *janvier* 1889).

Les auteurs anglais ont conseillé de faire prendre aux sujets qui ont

avalé un corps étranger une grande quantité de pommes de terre. Cette méthode a donné de bons résultats à la clinique de Billroth ; on a obtenu, grâce à elle, l'élimination d'un poids de 20 grammes, d'une aiguille, d'un fragment de dentier mesurant plus de 5 centimètres de long.

On pourrait éviter souvent la gastrostomie si l'on employait cette méthode. L. GALLIARD.

I. — Ueber einen Fall von Gallenblasenbauchdeckenfistul (Fistule de la vésicule biliaire s'ouvrant au niveau de la paroi abdominale), par OPPENHEIMER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 24, *p.* 550, 17 *juin* 1887).

II. — Zur Chirurgie der Gallenblase (Chirurgie des voies biliaires), par CREDÉ (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 74, 1889).

III. — Gallenblasenexstirpation, par C. THIEM (*Ibidem*, *n°* 29, *p.* 75, 1889).

IV. — Cholecystotomy by the lumbar incision..., par Ewing MEARS (*Annals of surgery*, *p.* 241, *octobre* 1889).

V. — Oblitération du canal cholédoque ayant nécessité la cholécystentérostomie, par TERRIER (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 29 *octobre* 1889).

I. — Femme de 69 ans, très obèse, offrant dans le flanc droit une cicatrice résultant d'un abcès de la paroi abdominale incisé il y a 4 ans 1/2. L'ouverture est restée fistuleuse. Actuellement chacune des extrémités de la cicatrice, qui est longue de 3 centimètres, offre une dépression infundibuliforme, débouché d'une fistule. Les deux trajets fistuleux ne tardent pas à se réunir; ils donnent issue en permanence à un liquide bilieux, mais il y a 2 ans 1/2 à la suite d'un nouvel abcès, est sorti un calcul ovoïde, rouillé et très friable, ayant 6 centimètres de long, 3 de large et pesant encore 15gr,5 au bout de près de 3 ans; ce calcul surnage dans l'eau et est formé principalement de cholestérine.

On trouvera à la fin de la communication d'Oppenheimer l'indication bibliographique de 61 cas analogues au sien. Il eût pu y ajouter, entre autres, celui d'Alexandre et Swinet. (*R. S. M.*, IX, 77). J. B.

II. — Credé a fait cinq opérations sur la vésicule biliaire, 2 cholécystomies, 2 cholécystectomies, 1 cholécystotomie idéale — Il faut ajouter une troisième extirpation faite depuis le congrès. Tous ses malades ont guéri. Dans un de ces cas, le canal cystique était complètement oblitéré, et il y avait à l'origine du cholédoque un calcul gros comme une cerise. Il broya ce calcul avec une pince armée de caoutchouc. Il put facilement la réduire en petits morceaux, qui furent expulsés à la suite de trois crises de coliques.

Il recommande de cautériser énergiquement les plaies du foie et de laisser la plaie abdominale ouverte en son milieu pour la bourrer à la gaze iodoformée. Credé pense que la cholécystomie et la cholécystotomie idéale sont les deux opérations de l'avenir. La suture de la vésicule à la paroi avec formation d'une fistule ne devrait se faire que chez les malades très affaiblis, ou lorsqu'on manque d'assistants.

Langenbuch a extirpé 24 fois la vésicule biliaire et établi en outre un grand nombre de fistules. De ses 24 opérés 4 sont morts, et deux seulement des suites de l'opération. Il considère la cholécystotomie idéale comme trop dangereuse. PIERRE DELBET.

III. — Thiem publie une observation fort curieuse. Une malade lui fut envoyée

avec cette mention que quatre mois auparavant elle avait souffert d'une typhlite, et que depuis ce temps elle portait une tumeur dans la fosse iliaque droite. On pouvait en effet sentir dans la région du cæcum une tumeur grosse comme le poing et adhérente à la paroi, se continuant avec un cordon qui se perdait dans la profondeur. Mais après injection d'eau dans le rectum, on sentait très bien que le côlon et le cæcum étaient indépendants de la tumeur. On pensa à une tumeur maligne de l'épiploon. Pendant la laparotomie, cette tumeur adhérente fut incisée, et le cordon qui la prolongeait ayant été séparé de ses adhérences avec l'intestin et l'épiploon, on tomba sur une seconde tumeur en forme de poire, qui tenait au foie et n'était autre que la vésicule biliaire. Il fut fort difficile de la séparer de ses adhérences avec le foie, l'intestin et l'épiploon. Les deux tumeurs et le cordon qui les reliait étaient remplis de calculs. Guérison. PIERRE DELBET.

IV. — A. S..., âgée de 29 ans, a remarqué il y a 7 mois à la suite d'un effort une tumeur dans la région inguinale droite: cette tumeur douloureuse disparaissait dans la station verticale et la marche, et tombait dans le bassin. Le décubitus sur le côté droit était très douloureux: en outre douleurs dans la région rénale droite, miction fréquente, œdème des membres inférieurs disparaissant la nuit.

A l'examen, on trouvait une tumeur du volume du rein à droite de la ligne médiane: il existait une dépression dans la région lombaire droite, et la palpation ne révélait pas la présence du rein dans sa loge. On pensa avoir affaire à un rein mobile, bien que la forme arrondie de la tumeur rendît le diagnostic incertain. Des accidents douloureux, fébriles, etc., déterminèrent à intervenir.

Une incision lombaire montra le rein absent de sa loge, où on le ramena et fixa à l'aide de sutures : à ce moment l'exploration de l'abdomen montra la tumeur au lieu où on l'avait aperçue avant l'opération : cette tumeur était la vésicule biliaire pleine de liquide purulent; on la ponctionna, et un calcul qui oblitérait le col n'ayant pu être extrait fut broyé et repoussé dans l'intestin: la vésicule fut fixée à l'incision lombaire et drainée. Au bout de deux mois et demi on put fermer cette fistule biliaire ; la guérion était complète. MAUBRAC.

V. — Femme de 54 ans présente en mai 1889, après divers troubles digestifs, une attaque de colique hépatique, suivie d'un ictère généralisé; au-dessous du foie augmenté de volume, on sent une tumeur ovoïde lisse, rénitente, paraissant être la vésicule biliaire distendue par la bile. Pas d'ascite : pas d'albumine. Des accidents graves d'oblitération du canal cholédoque étant survenus, on pratique l'opération suivante : incision médiane de l'abdomen. Ponction de la vésicule biliaire distendue, qui donne issue à 400 grammes de liquide biliaire. L'exploration par le doigt du canal cystique et du canal cholédoque, dans l'épaisseur du pancréas, ayant fait percevoir une tuméfaction ovoïde de la grosseur d'un noyau de datte et paraissant être un calcul obturant le canal cholédoque, on procède immédiatement à la cholécystentérostomie. A 3 centimètres environ du pylore, un premier fil de catgut fin est d'abord placé comme un cordon de bourse entre les parties correspondantes de la vésicule et du duodénum, puis, au-dessus de ce point, huit points de sutures sont successivement posés sur deux lignes antéro-postérieures, quatre points d'un côté et quatre points de l'autre côté. Ces fils sont ainsi placés: après avoir pénétre dans l'épaisseur de la paroi intestinale, sans la traverser tout à fait, le fil ressort à une petite distance pour pénétrer de nouveau dans la paroi de l'intestin et pour ressortir après un trajet de 1 centimètre. Le même fil traverse deux fois aussi, mais non complètement, la tunique de la vésicule biliaire.

Lorsqu'on serre les fils, successivement placés, ils adossent intérieure-

ment et suivant deux lignes longitudinales les parois de la vésicule et du duodénum. Un dernier point de suture, disposé en bourse comme le premier, est posé au-dessus des deux rangées latérales.

Le premier point en bourse est d'abord serré et les chefs sont coupés au ras du nœud, puis on serre les points latéraux. Ecartant ensuite, avec une pince à disséquer entr'ouverte, les deux rangs de sutures antéro-postérieures, on ponctionne d'abord la vésicule biliaire, avec un fin bistouri étroit, et ensuite le duodénum dans une petite étendue, correspondant avec l'ouverture de la vésicule.

Pour assurer la communication cholécystointestinale, un bout de drain de caoutchouc rouge fut placé dans la double ouverture de la vésicule et du duodénum, et le point antérieur, disposé en bourse, fut alors serré. Après avoir suturé la petite plaie faite par le trocart sur la face antérieure de la vésicule et fixé le fond de cette dernière à l'angle inférieur de la plaie cutanée, celle-ci fut réunie par six points de sutures profondes au fil d'argent et douze sutures superficielles au crin de Florence. Pansement au salol. Le 2e jour garde-robe colorée en vert jaunâtre. Disparition des accidents. Expulsion du drain, en quelque sorte digéré, le 7e jour. Le lendemain premier pansement et ablation des fils profonds. Le 10e jour cicatrisation complète. Moins d'un mois après l'opération la malade quitte l'hopital, et deux mois plus tard elle était dans un état de santé parfaite. OZENNE.

Weitere Beiträge zur Operation des Leberechinokokkus (Nouvelles observations d'opérations de kystes hydatiques du foie), par Fedor KRAUSE (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 769, 2 *septembre* 1889).

Krause relate 4 cas de kyste hydatique uniloculaire du foie guéris par l'opération de Volkmann, consistant en une laparotomie avec tamponnement de la plaie, suivie, une douzaine de jours plus tard, de l'incision du kyste.

Le 4e opéré était un homme de 36 ans qui avait subi, deux ans auparavant, une ponction de son kyste. Six mois plus tard, le ventre commençait à grossir, et, lorsque Krause l'opéra, l'abdomen, spécialement dans sa moitié droite, était rempli de petites tumeurs en partie fluctuantes, dont les dimensions oscillaient entre un œuf de pigeon et une orange ; attenant au bord inférieur du foie, on sentait une tumeur ayant le volume d'une tête d'enfant; enfin, le toucher rectal révélait la présence de quelques petits kystes dans la moitié droite du grand bassin.

L'opération, qui fut très laborieuse, montra que toutes ces tumeurs étaient enveloppées d'une capsule de tissu conjonctif ; en ne tenant compte que de celles qui étaient grosses au moins comme une noisette, on en enleva 95.

La minorité de ces kystes se trouvait accolée au péritoine pariétal, d'autres, en plus grand nombre, étaient dans le grand épiploon ou le mésentère; enfin, quelques-uns s'inséraient sur l'intestin ou pénétraient même sous sa tunique séreuse. Plusieurs étaient juxtaposés de façon à former à droite de l'ombilic une tumeur ovalaire intimement adhérente à la masse intestinale, à l'épiploon et au mésentère. L'immense majorité de ces kystes contenaient d'innombrables vésicules. Le gros kyste, adhérant à la face inférieure du foie et s'étendant en arrière jusqu'au rachis et au rein droit, ne put être extirpé. Krause dut se borner à l'ouvrir largement et à drainer son épaisse enveloppe conjonctive, préalablement fixée à l'angle supérieur de la plaie abdominale. A gauche de l'ombilic, il y avait encore quinze ou vingt kystes minuscules ; mais l'opération ayant déjà duré deux heures et demie, Krause, considérant l'état d'épuisement du malade, se décida à s'en tenir là. La rupture des adhérences kystiques s'étant accompagnée d'issue du liquide

hydatique dans la cavité abdominale, avant de terminer l'opération, Krause attira au dehors toutes les anses intestinales pour les nettoyer une à une en même temps qu'il lavait la cavité péritonéale avec une solution boriquée. Guérison apyrétique.

Pour Krause, il s'agit ici d'un cas de diffusion des hydatides dans l'abdomen occasionnée par la ponction du kyste hépatique qui, deux ans plus tard, renfermait encore des milliers de petites vésicules vivantes et du pus caséiforme. L'orifice de la ponction avait laissé échapper dans le péritoine un certain nombre d'hydatides qui avaient pullulé. La légitimité de cette interprétation ressort du fait que les kystes étaient de plus en plus disséminés au fur et à mesure qu'on s'éloignait du foie; de plus, les kystes péritonéaux étaient évidemment plus récents.

Krause en conclut que, si l'on ne peut éviter de pratiquer une ponction exploratrice, il faut être prêt à faire immédiatement l'opération, en laissant la canule en place. Empêcher l'issue des scolex dans la cavité abdominale est d'ailleurs l'avantage essentiel de l'opération, exécutée en deux temps. J. B.

I. — Case of pancreatic cyst cured by abdominal section and drainage, par ANNANDALE (*Brit. med. J.*, *p.* 1291, *juin* 1889).

II. — A case of splenectomy, par Spencer WELLS (*Brit. med. Journ.*, *p.* 55 10 *juillet* 1889).

III. — Abtragung einer prolabirten Milz (Ablation d'une rate herniée), par KLINGER (*Wien. med. Presse*, *n°* 26, *p.* 1073, 1889).

IV. — Extirpation der Milz (Extirpation de la rate), par SEVEREANU (*Arch. f.*, *klin. Chir.*, *vol. XXXVII*, *fasc.* 3, *p.* 660).

I. — Femme de 47 ans, atteinte d'une tumeur de la région épigastrique et de l'hypochondre, manifestement fluctuante et soulevée par l'aorte, mais non pulsatile par elle-même. Le diagnostic était hésitant entre une tumeur kystique mésentérique, un anévrisme de l'aorte et un kyste du pancréas. On accepta cette dernière hypothèse à la suite d'une ponction aspiratrice qui donna issue à 30 onces de liquide teinté de sang, qui émulsionnait les graisses : on en conclut qu'il était constitué en partie par du suc pancréatique. Le malade quitta l'hôpital guérie en apparence.

Un an après, la tumeur s'était reproduite et avait notablement grossi. Le 2 mars 1886, incision de la ligne blanche qui met à nu le kyste à parois épaisses et indurées. La paroi du kyste est suturée soigneusement à la plaie abdominale et la région pansée antiseptiquement. Un mois après, les adhérences étant complètes, ponction et incision du kyste, drainage. Diminution progressive de la poche et raccourcissement du drain : injections iodées. Guérison le 11 mai.

Suivent des considérations sur la chirurgie du pancréas et un index bibliographique des kystes pancréatiques. H. R.

II. — Femme âgée de 21 ans, ayant eu des fièvres intermittentes dans son enfance : santé excellente depuis lors. En 1887 on s'aperçoit de la présence d'une tumeur mobile occupant la région ovarienne gauche ; en même temps commence une grossesse qui se poursuit régulièrement et se termine par un accouchement normal. En février 1888, la tumeur a beaucoup augmenté, elle s'étend du pubis à l'ombilic, et n'offre plus les caractères d'un néoplasme de l'utérus ni de l'ovaire : d'ailleurs indolente et ne troublant pas la santé générale. Tout à coup, le mois suivant, elle devient douloureuse, et il se produit des signes indubitables de péritonite, avec frissons répétés. On dia-

gnostique une hémorragie interstitielle dans une rate hypertrophiée. Bientôt l'état général s'aggrave ; il survient des vomissements incoercibles et de la dyspnée ; on fait une ponction exploratrice dans les points ramollis de la tumeur, et on retire un liquide sanguinolent, non leucocythémique.

Le 13 mai, l'opération est pratiquée et est fort laborieuse : il s'agit bien d'une rate énorme, kystique. Le kyste se rompt pendant l'opération, donnant issue à plusieurs litres de sérosité sanguinolente, il existe des adhérences intestinales et diaphragmatiques. On dut laisser en place un fragment de la poche kystique, qu'il fut impossible de détacher. La malade était épuisée, bien qu'ayant perdu fort peu de sang. Pendant deux jours elle resta dans le collapsus, avec hypothermie, puis alla mieux ; mais il se fit secondairement un abcès sous-péritonéal avec issue de pus par la plaie. On dut drainer et laver au sublimé. La malade guérit. Elle a été revue un an après en parfaite santé.

L'examen du sang, avant et après l'opération, n'a révélé aucune trace de leucocythémie. H. R.

III. — Un paysan, frappé d'un coup de couteau au côté gauche de l'abdomen, présente une plaie longue de 4 centimètres et demi seulement, large de 2 centimètres, qui donne issue à la rate, retenue par son pédicule. L'organe mesurant 15 centimètres de long et 7 de large, il est impossible de songer à le réduire. On place donc un fil de soie sur le pédicule et on applique un pansement phéniqué.

Seconde ligature le 7e jour ; la rate se détache le 13e jour. On a noté de la fièvre à plusieurs reprises le soir. Or le 13e jour le sujet frissonne, il a 128 pulsations et 40° ; l'auteur craint une péritonite : glace, antipyrine, morphine.

Le lendemain les accidents ont cessé. Guérison complète en six semaines.

L. GALLIARD.

IV. — Severeanu a pratiqué l'extirpation de la rate chez une femme de 40 ans. Cette rate ne présentait, dit l'auteur, aucune altération pathologique, elle était seulement d'une grosseur extraordinaire. L'opération n'a rien présenté de particulier. Ce qui fait l'intérêt de ce fait, c'est que la malade a été suivie pendant un an. Après l'opération, le nombre des globules rouges, considérablement diminué, était tombé à 237,000 par millimètre cube. Il s'est peu à peu relevé jusqu'au chiffre normal de 5,000,000. Un an après l'opération, la malade est en excellente santé, bien qu'on ne trouve que 3,050,000 globules rouges et 1,600 globules blancs. PIERRE DELBET.

I. — Zur Diagnostik der Abdominaltumoren (Diagnostic des tumeurs abdominales), par Hans SCHMID (*Cent. f. Chir.* 1890, *n°* 1, *p.* 17).

II. — Chylous cyst of mesentery with a report of case, par CARSON (*Am. med. Assoc.; New York med. record, p.* 18, 6 *juillet* 1889).

III. — Fall von Cystosarcom des Dünndarm, par WILL (*Berlin. klin. Woch., n°* 34, *p.* 764, 26 *août* 1889).

I. — Schmid rapporte deux observations intéressantes où le diagnostic ne put être fixé qu'au cours de l'opération.

Voici le résumé de ces deux observations :

1° H..., 58 ans, sans antécédents intéressants. Depuis environ 4 à 6 mois, amaigrissement, constipation, douleurs sourdes dans le ventre. Bon appétit, pas de symptômes du côté de l'estomac. La palpation, facile à travers les parois abdominales très maigres, permet de sentir à gauche, entre l'estomac et le rein, une tumeur solide, irrégulière, mal limitée, douloureuse au tou-

cher, du volume du poing. Laparotomie le 12 août. La tumeur est dans le mésentère, et elle adhère fortement au bord gauche de la colonne vertébrale, à l'intestin grêle et au côlon transverse. L'extirpation est impossible; on place sur la partie libre de la tumeur une mèche de gaze iodoformée qui sort par la plaie. Premier pansement le onzième jour. La tumeur est adhérente à la paroi abdominale; on l'incise et on la gratte à la curette. A chaque nouveau pansement on extirpe ainsi une partie du contenu de la tumeur. — Guérison parfaite. — Il s'agissait d'un kyste dermoïde du mésentère.

2° F..., 44 ans. Souffre depuis quelques années de violentes douleurs stomacales. Depuis longtemps (1 à 2 ans) son médecin a constaté la présence d'une tumeur abdominale. On sent au-dessus et à gauche de l'ombilic une tumeur du volume d'un œuf, irrégulière, non douloureuse. Ce qu'il y a de plus singulier, c'est l'extraordinaire mobilité de la tumeur. On peut la soulever sous les fausses côtes et l'abaisser jusqu'à l'épine iliaque. Laparatomie le 22 août. Il s'agit d'une tumeur de l'estomac qui s'étend jusqu'au pylore. Quelques ganglions sont infiltrés. Résection de l'estomac et ablation des ganglions. Les suites opératoires sont d'abord très favorables. Le 14e jour la malade ayant mangé une pomme, il se fait une petite fistule stomacale. Mais cette fistule se ferme spontanément. Guérison parfaite. PIERRE DELBET.

II. — Homme de 39 ans, vu la première fois il y a 3 ans porteur d'un kyste du volume d'une tête de fœtus : Ponction aspiratrice; issue de plusieurs onces d'un liquide chyleux. En février, la tumeur plus volumineuse s'enflamme : Laparatomie, excision du sac contenant cinq pintes de chyle pur.

Analyse du liquide par Bremer, de Saint-Louis. Alcalin, densité : 1014, contient de l'albumine, pas de fibrine. Au microscope, larges cellules en dégénérescence graisseuse; l'élément principal est constitué par des cellules graisseuses semblables à celles du lait, et de cristaux de chlorure de sodium, des carbonates et des sulfates.

Le kyste devait communiquer avec les voies lymphatiques, probablement la citerne de Pecquet.

C'est le premier cas en Amérique et le plus volumineux des kystes observés.

La guérison fut parfaite. Le traitement qui s'impose est donc l'extirpation. P. DUFLOCQ.

III. — Homme de 40 ans, ayant dans l'abdomen une tumeur plus grosse qu'un poing d'homme, fluctuante, mobile, qui s'est développée en 14 mois, sans douleurs.

Opération par Mikulicz. Il s'agissait d'une tumeur kystique insérée par une base large de 5 centimètres sur la paroi abdominale, et soudée intimement à l'intestin, mais n'offrant pas d'autres adhérences. Pour enlever cette tumeur il fallut exciser 8 centimètres d'intestin et faire l'entérorraphie.

Guérison aseptique.

Les parois de la tumeur, qui était un sarcome à cellules fusiformes, avaient 2 ou 3 centimètres d'épaisseur et présentaient par place de petites protubérances. Son contenu consistait en 5 litres d'un liquide sanguinolent, n'offrant rien de particulier. La muqueuse de l'intestin était intacte, et on ne put découvrir le point de départ précis de la tumeur. J. B.

I. — Ueber den Bauchschnitt bei der Behandlung von intraperitonealen Verletzungen (De l'incision abdominale dans le traitement des blessures intrapéritonéales), par W. MAC CORMAC (*Sammlung klinischer Vorträge*, n° 316).

II. — Zur Behandlung der Schusswunden des Dünndarmes und Mesenteriums (Traitement des plaies par armes à feu de l'intestin grêle et du mésentère), par BRAMANN (*Cent. f. Chir.*, n° 29, *p.* 70, 1889).

III. — Laparotomy for vemoval from the abdomen of a foreign body (Corps étranger), par VINOGRADOF (*Rüsskaia Meditzina, n° 21, 1888*).

IV. — Laparotomy for injury by a circular saw (Scie), par J. PACKARD (*Journ. of Amer. med. Assoc., p. 275, 23 février 1889*).

I. — Dans ce mémoire, Mac Cormac démontre que la laparotomie est aujourd'hui le seul traitement rationnel des blessures viscérales et que, alors même qu'elle ne sauve pas la vie des blessés, elle n'aggrave pas leur état.

Pour les blessures de l'intestin par instrument piquant ou tranchant, le pronostic dépend surtout de la rapidité de l'intervention chirurgicale; de là la nécessité d'un diagnostic précoce. L'auteur, contrairement à l'opinion ancienne, démontre que les blessures de l'intestin, même les plus petites, sont d'une extrême gravité et réclament la suture; il insiste particulièrement sur la technique de cette suture et sur la disposition anatomique de la séreuse au niveau de l'insertion mésentérique. Les points de suture doivent être nombreux, mais peu serrés. Après l'opération, le péritoine est lavé avec une solution boriquée tiède et l'incision abdominale suturée.

Dans les plaies d'armes à feu, c'est l'iléon qui est blessé le plus fréquemment. Ici encore l'auteur conseille, pour établir le diagnostic précoce de la perforation, de recourir, au besoin, au débridement de l'orifice d'entrée. Toutefois la laparotomie médiane est celle qui offre le plus d'avantages. L'incision doit être assez grande pour permettre d'examiner la totalité du contour de l'abdomen; les doigts suivront méthodiquement l'intestin du cæcum à l'estomac; on liera les vaisseaux qui saignent, on enlèvera les caillots et on réséquera les parties blessées; pour l'exécution de la suture l'auteur entre dans de nombreux et intéressants détails. Les blessures du gros intestin sont moins dangereuses que celles de l'intestin grêle et réclament plutôt l'anus artificiel que la suture.

Enfin les blessures sous-cutanées des viscères de l'abdomen, contusions, ruptures, déchirures, etc., sont l'objet d'une étude approfondie, en particulier pour ce qui concerne leur diagnostic. La lésion la plus fréquente est celle de l'intestin grêle, immédiatement en arrière du point contus. La laparotomie est la seule chance de guérison du blessé; aussi doit-elle être tentée dans tous les cas.

Ce mémoire se termine par la statistique des laparotomies pratiquées jusqu'à ce jour pour blessures intrapéritonéales, à savoir : 18 cas de plaies pénétrantes par instrument piquant avec 10 succès et 8 morts (44 0/0); 32 cas de plaies pénétrantes par coup de feu avec 7 guérisons, 1 résultat inconnu et 24 morts (77 0/0); 16 cas de rupture de la vessie avec 6 guérisons et 10 morts (62 0/0); 13 cas de déchirures ou contusions viscérales diverses avec 13 morts. Au total, 79 cas avec 55 décès (70 0/0).

Le traducteur a intercalé dans le texte deux observations de rupture intrapéritonéale de la vessie rapportées par Mac Cormac dans *the Lancet*. Dans les deux cas la vessie fut suturée, après laparotomie, à l'aide de douze et seize fines sutures de Lembert et la guérison fut obtenue. Pour la vessie comme pour l'intestin, Mac Cormac recommande de suturer soigneusement la couche musculeuse et la séreuse, mais de ne jamais comprendre la muqueuse dans les sutures. DE SANTI.

II. — Un jeune homme de 26 ans reçoit une balle de revolver sur la ligne

mamillaire gauche, au-dessous du rebord costal. On sent la balle au voisinage de la colonne vertébrale, près de l'épine iliaque postérieure et supérieure. Abdomen très douloureux, peu distendu ; pas d'épanchement, pas de vomissements. Au bout de trois heures, le malade tombe dans le collapsus, et on constate l'existence d'un épanchement. On diagnostique hémorragie intra-abdominale, et la laparotomie est faite aussitôt. Incision le long du bord externe du muscle droit ; il s'écoule du sang liquide mêlé de caillots. Seconde incision transversale sous le bord des fausses côtes, s'étendant jusqu'au carré lombaire. Une artère et une veine du mésocôlon transverse avaient été blessées et saignaient abondamment. La ligature faite, on explore l'intestin, et on trouve une anse d'intestin grêle blessée à deux endroits. La muqueuse prolabée avait fermé l'orifice, si bien qu'il ne passait ni gaz ni liquide. Suture intestinale. Suture de la plaie abdominale sans drainage. Guérison rapide. PIERRE DELBET.

III. — Chez une femme enceinte de huit mois et demi, son mari, en état d'ivresse, introduisit par le vagin un instrument de charpentier, long de deux pieds, et le tourna plusieurs fois violemment dans le ventre. La femme perdit connaissance : hémorragie profuse et dix heures après accouchement d'un enfant qui ne vécut que quelques heures : suites de couches normales ; mais il persiste une douleur abdominale constante.

Quinze jours après l'accident, la femme entre à l'hôpital, où on extrait de la cavité péritonéale, par la laparotomie, un corps étranger de 18 centimètres de long, large de 3 1/2, épais de 3/4 de centimètre. L'instrument en butant sur le promontoir s'était brisé, et sa pointe, souillée de matières fécales, indiquait que le gros intestin avait dû être ouvert. Pansement à l'iodoforme ; pas de toilette du péritoine ; guérison en neuf jours.

IV. — Un enfant de 12 ans tombe contre une scie circulaire en mouvement. Le côlon ascendant et deux pieds du petit intestin font hernie par une plaie longue de quatre pouces, sur le côté droit de l'abdomen. L'instestin porte trois blessures, dont une seule pénétrante, que l'on suture ; une véritable poussière de laine, produite par la scie déchirant les vêtements, rendit la toilette des parties herniées très délicate. Guérison. MAUBRAC.

Weitere Erfahrungen über die operative Behandlung der Perforationsperitonitis (Traitement opératoire des péritonites par perforation), par MIKULICZ (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 63, 1889).

Mikulicz distingue deux formes de péritonites par perforation : la forme aiguë, suraiguë où l'infection du péritoine se fait en totalité, d'un seul coup, et qu'il appelle la péritonite diffuse septique : la forme subaiguë, dans laquelle le foyer d'infection est d'abord limité par des adhérences péritonéales, et où la propagation se fait seulement de proche en proche. Cette seconde forme, il la désigne sous le nom de péritonite fibrino-purulente progressive. Dans la première forme, il faut largement ouvrir le ventre, chercher la perforation, la suturer et désinfecter le péritoine. Dans la seconde forme, au contraire, on doit, autant que possible, respecter les adhérences, qui empêchent l'infection de diffuser, et, pour cela, il faut ouvrir non pas la cavité péritonéale, mais seulement les foyers purulents. Mikulicz rapporte deux cas dans lesquels il a ouvert successivement six foyers purulents intra-péritonéaux dans un cas, trois dans l'autre.

Kœnig a opéré avec succès un jeune apprenti qui avait reçu un coup de couteau dans la région inguinale gauche. Quinze heures après, les blessures multiples de l'intestin (6) furent suturées. Au bout de trois semaines, ce malade était complètement guéri.

Rosenberger, Wagner, Steltzner, rapportent ensuite différentes observations.

Zœge-Manteuffel pense qu'il faut surtout s'attacher à reconnaître les cas où il y a véritable étranglement. Pour lui, l'entérotomie n'est indiquée que dans les cas de rétrécissement inopérables et d'obstruction du rectum ou de la partie rectale de l'S iliaque. Il a opéré quatre fois pour volvulus; deux malades sont guéris; il a fait une entéro-anastomose pour un carcinome du côlon; le malade est également guéri; un dernier, atteint de carcinome de la partie inférieure de l'S iliaque et traité par l'entérostomie, a rapidement succombé. PIERRE DELBET.

I. — Congenital malformation of rectum and anus, par BODENHAMER (*N. York med. Journ.*, *p.* 564, 25 *mai* 1889).

II. — Traitement opératoire du prolapsus du rectum et de l'invagination du côlon, par MIKULICZ (*Archiv f. klin. Chirurg.*, *XXXVIII*, *fasc.* 1, *p.* 74, 1888).

III. — De l'extirpation du rectum par la voie sacrée, par Eug. BŒCKEL (*Bull. médic.*, 4 *décembre* 1889).

I. — La statistique des opérations de colotomie inguinale (méthode de Littre) dans les cas de malformation congénitale de l'anus et du rectum montrait que sur 51 opérations pratiquées jusqu'en 1879 il y eut 20 morts, 21 succès, 2 résultats inconnus.

La colotomie tombaire (méthode d'Amussat), jusqu'en 1879, a été faite 16 fois et n'a fourni que six succès. L. GALLIARD.

II. — L'opération que vante Mikulicz, et qui n'est d'ailleurs pas nouvelle, est l'extirpation au bistouri. Mais, et c'est là ce que son travail présente de nouveau, au lieu de laisser l'extirpation au rang des méthodes de nécessité, il peut en faire une méthode de choix. Elle n'est pas indiquée dans les cas de prolapsus simple de la muqueuse; mais c'est à elle qu'il faudrait presque toujours recourir quand il y a prolapsus vrai du rectum ou précipitation du colon invaginé au travers de l'anus. Mikulicz a fait sept fois l'opération, et il a obtenu sept succès opératoires, bien qu'il ait réséqué dans un cas 22 centimètres, dans un autre 76 centimètres d'intestin. Trois malades seulement ont été suivis, l'un pendant 6 mois, un autre pendant 10 mois, le troisième 2 ans. Il ne s'est produit dans ces cas ni récidive ni rétrécissement; il n'y avait aucun trouble de la défécation. PIERRE DELBET.

III. — Bœckel a pratiqué trois fois avec plein succès, ainsi qu'il l'indique dans l'exposé de ses observations, l'extirpation du rectum par la méthode de Kraske, c'est-à-dire après résection du sacrum. La véritable indication de cette méthode, suivant l'auteur, est constituée par le siège élevé du cancer, accessible, il est vrai, au doigt, mais qui ne peut être extirpé par en bas qu'avec des délabrements énormes sacrifiant le sphincter anal malgré son intégrité.

L'intestin préalablement vidé et soumis à l'action de l'opium, toutes les précautions antiseptiques prises et le malade endormi, une incision est conduite de l'épine iliaque postéro-inférieure par une courbe vers la ligne médiane du sacrum jusqu'au bord opposé du coccyx. Les parties molles sont détachées de l'os avec le bistouri et la rugine. Les ligaments

sacro-sciatiques étant ensuite coupés au ras de l'os avec une scie mobile, Bœckel trace une première rainure longitudinale croisant légèrement la ligne médiane et une seconde transversale, formant un angle un peu obtus avec le bout de la première et se dirigeant vers le sommet de l'échancrure sciatique. La pièce osseuse comprenant le coccyx et une partie du sacrum est ensuite facilement mobilisée. Le bassin ouvert, on tombe d'abord sur une aponévrose que l'on sectionne, puis sur le rectum ; celui-ci est d'abord coupé au-dessous de la tumeur, attiré ensuite graduellement au dehors et divisé transversalement au-dessus de la partie malade. On procède enfin à la suture du péritoine, des deux bouts de l'intestin et de la peau plus ou moins complètement, selon le dégré de réunion de l'intestin. Dans le cas où celle-ci échoue, on peut avoir recours à un procédé d'autoplastie que Bœckel recommande.

OZENNE.

Prolapsus du rectum par polypes multiples, par von BERGMANN (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 52, *p.* 1133, 30 *décembre* 1889).

Von Bergmann présente un enfant de 10 ans ayant une chute du rectum dépassant le volume du poing.

La muqueuse rectale du prolapsus est recouverte de plus de 50 polypes, tous pédiculés, et dont les dimensions varient entre un noyau de prune et un noyau de cerise. Le pédicule des plus gros est filiforme, celui des moins volumineux est plus épais. Ces polypes sont d'origine glandulaire; en effet, l'examen microscopique les montre composés presque uniquement de glandes de Lieberkühn. J. B.

Ueber die Beziehungen der Lungenentzündungen zum eingeklemmten Brüche (Rapports des inflammations pulmonaires avec les étranglements herniaires), par PIETRZIKOWSKI (*Cent. f. Chir., n°* 29, *p.* 59, 1889).

Gussenbauer a émis l'opinion que les pneumonies consécutives à la réduction des hernies étranglées sont d'origine embolique. Pietrzikowski a essayé de le démontrer par des recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales. Cliniquement, il a observé 14 cas d'infarctus pulmonaires, dont 10 ont amené des pneumonies lobulaires. Dans tous ces cas, l'intestin hernié, peu altéré, avait été réduit. Au contraire, dans les cas où on avait dû faire des résections d'intestin ou des anus contre nature, il ne s'était manifesté aucun symptôme pulmonaire. Cette constatation est favorable à la thèse, car il est nécessaire que la circulation se rétablisse dans la portion herniée pour que des embolies se produisent.

L'examen anatomique des sujets ayant succombé après kélotomie montre que plus de la moitié étaient atteints de pneumonie.

Les recherches expérimentales ont été faites sur des chiens, et ont montré que, dans tous les cas où l'intestin, après des étranglements artificiels, avait recouvré sa circulation normale, il y avait des infarctus dans le poumon et dans le foie.

Il semble donc bien probable que les pneumonies qui se développent après un étranglement herniaire ont une origine embolique.

PIERRE DELBET.

Das Bacterium coli commune als pathogener Organismus und die Infection vom Darmcanal aus (Plaie opératoire infectée par la bactérie commune du colon venue vraisemblablement de l'intestin par l'intérieur), par TAVEL (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 13, *p.* 397, 1er *juillet* 1889).

Dès 1878, Kocher a soutenu que certaines thyroïdites ne sont que le résultat d'une infection secondaire provenant d'un catarrhe intestinal. Tavel lui même (*R. S. M.*, XXXII, 73) a signalé dans deux cas de ce genre un bacille spécial.

Voici maintenant un fait d'infection de plaie opératoire dont l'origine intestinale paraît indubitable.

Thyroïdectomie pour goitre, pratiquée par Kocher. Perte de sang considérable; tamponnement avec des éponges, transfusion de sel marin. Le lendemain, on pratique des cultures sur gélatine, avec le drain de verre retiré de la plaie. Au bout de quelques semaines seulement, on obtient quelques colonies très petites d'un microcoque ne liquéfiant pas la gélatine, que Tavel n'a jamais rencontré dans le sang ni dans les sécrétions des plaies, mais exclusivement sur les drains qui touchent la surface de la peau, même lorsqu'il s'agit de plaies réunies par première intention, comme c'est le cas ici.

Au bout de huit jours, la cicatrisation offre un peu de rougeur et de fluctuation: incision d'un épanchement sanguin. L'inoculation de ce sang fournit une culture pure du bacterium coli commune.

Dès lors, l'évolution de la plaie devient anormale. Il se forme, à droite et à gauche du larynx, deux cavités distinctes à parois gangrenées revêtues d'un enduit gris et ne sécrétant que de la sérosité sans aucun pus. Une petite éponge, retrouvée dans l'une d'elles, fut inoculée sur la gélatine et trouvée complètement stérile.

Durant les deux premiers jours, on avait alimenté l'opéré au moyen de lavements aux œufs, qui furent supprimés le troisième jour à cause d'une diarrhée fétide. C'est là qu'avait été le point de départ de l'infection secondaire de la plaie.

Tavel a fait, sur des lapins et des cobayes, des expériences qui prouvent que la bactérie commune du côlon est très pathogène, quoique se rencontrant normalement dans l'intestin de ces animaux. Les cobayes, inoculés dans la cavité péritonéale, ont succombé dans les 24 heures, et l'on trouva dans leur péritoine une culture pure de la bactérie. Les injections intra-veineuses tuèrent également les cobayes en deux jours, et l'on retrouva dans tous les organes une masse de bactéries coliques. Les inoculations sous-cutanées ne tuaient pas toujours les cobayes dans les premiers jours; mais chez ceux qui ont succombé, le sang du cœur et les organes renfermaient de nombreuses bactéries. Les lapins, moins sensibles, succombent moins régulièrement à l'action du bacille commun du côlon. J. B.

I. — Nouvelle méthode de traitement de l'empyème, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. Montpellier*, *n°* 43, 1889).

II. — De la pleurotomie postérieure, par WALTHER (*Bullet. de la Soc. anatomiq.*, *p.* 259, *mars* 1888).

III. — Hinterer Pleuraschnitt (Pleurotomie postérieure), par Guido TURAZZA (*Cent. f. Chir.*, *n°* 37, *p.* 649, 1889).

I. — Pour diminuer les dangers de l'opération d'Estländer, tout en cherchant à obtenir le rapprochement des deux parois costale et pulmonaire de la plèvre, Dubrueil propose un nouveau procédé opératoire.

Le procédé de Dubrueil consiste à réséquer une ou plusieurs côtes,

correspondant à l'empyème, dans une étendue de deux centimètres environ, de manière à interrompre leur continuité et à permettre de les déprimer. Au niveau de la résection pratiquée sur la côte inférieure, on divise complètement la paroi thoracique, on pénètre dans la plèvre, où l'on place un ou deux drains à demeure ; après avoir recouvert la plaie de gaze iodoformée, on applique sur tout le thorax des bandes d'ouate, puis un appareil plâtré qu'on laisse sécher. On fend alors cet appareil au niveau de la plaie, on dégage l'extrémité libre du drain et on ajoute dans ce point une notable épaisseur d'ouate de façon à ce qu'elle dépasse le plan du bandage, et par-dessus on fait des circulaires avec une bande de caoutchouc entourant la poitrine à cette hauteur. Tous les jours on enlève la bande élastique pour la réappliquer après avoir poussé et évacué une injection antiseptique à travers le drain laissé à demeure. A. MOSSÉ.

II. — Walther, après avoir soigneusement étudié sur trente sujets adultes la disposition de la cavité pleurale, démontre que lorsque le malade est dans le décubitus dorsal ordinaire, le point déclive de cette cavité est situé au fond de la gouttière costale et correspond suivant l'inclinaison du tissu au 7, 8e ou 9e espace intercostal. Si l'on veut obtenir une évacuation permanente et complète de la plèvre, l'incision doit être conduite jusqu'au fond de la gouttière costale et de préférence dans le 8e espace. Voici le manuel opératoire que recommande Walther : une incision longue de 7 à 8 centimètres est pratiquée sur la 9e côte, à peu près en suivant son bord supérieur. Cette incision commence ou se termine, suivant le côté opéré, à trois travers de doigt de la ligne des apophyses épineuses. On coupe le grand dorsal, et à la partie interne les faisceaux tendineux des muscles de la gouttière vertébrale au ras de la côte. Il faut faire grande attention à ce que le bord de la côte ne soit pas rectiligne, puisqu'elle dépasse en dedans l'angle costal. Cette opération n'expose pas plus que les autres à la blessure de l'artère intercostale, et elle a l'avantage de permettre l'évacuation complète de la plèvre. PIERRE DELBET.

III. — Turazza et Bianchini pratiquent toujours l'incision et la ponction de la plèvre en arrière. Ils ont fait environ 50 ponctions sans accident, bien qu'il ait fallu sept fois en venir à l'incision. Ils ont fait sept autres cas de pleurotonies avec trois guérisons et quatre morts. Turazza publie cette courte note seulement pour appuyer la méthode recommandée par Walther, qu'il considère comme la meilleure. PIERRE DELBET.

Zur Bacteriurie, par Alexander PEYER (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte, n° 14, p. 423, 15 juillet 1889*).

C'est Roberts qui a décrit le premier cette singulière affection mycosique de la vessie et lui a donné le nom de bactériurie. Au moment de l'émission, l'urine est toujours trouble, opalescente, mais peu sédimenteuse ; quand on l'agite, elle présente des ondulations caractéristiques, comme les liquides kystiques renfermant de la cholestérine. Lorsque l'affection n'est pas compliquée, l'urine est acide, garde très longtemps cette réaction et n'a pas de tendance à subir la fermentation ammoniacale. Son odeur est fétide, pénétrante et tenace. Quand l'affection est très intense, l'urine trouble, non filtrée, offre une légère réaction albumineuse

que le filtre bactérien de Pasteur, contrairement aux filtres ordinaires, fait disparaître en même temps que le trouble. Ultzmann a montré qu'on obtient le même résultat avec le filtre de Pasteur si, avant de verser l'urine sur un filtre ordinaire, on l'agite avec un peu de carbonate de baryte.

Dans un cas, Schottelius et Reinhold ont trouvé des bacilles cinq fois aussi longs que larges, sans spores, fournissant des cultures gris-blanc, un peu granuleuses, inodores, ne liquéfiant pas la gélatine et non pathogènes pour les animaux. Il résulte des observations de Peyer que, chez les femmes, l'infection de la vessie qui donne lieu à la bactériurie provient généralement du vagin.

Dans le sexe masculin, d'après Ultzmann, la bactériurie se rencontre principalement chez les hommes qui ont eu une prostatite blennorragique. Mais on l'observe aussi chez des individus qui n'ont pas le moindre foyer d'infection locale, comme des anatomistes, des médecins qui ont longtemps travaillé sur des cadavres dans un local mal ventilé, ou bien des habitants de contrées marécageuses, paludéennes.

Les médicaments internes, y compris l'acide salicylique, n'ont eu aucune efficacité durable chez les 3 malades de Peyer. Il a fallu recourir aux lavages du vagin et de la vessie avec une solution de sublimé au cinquante millième.

La guérison définitive de la bactériurie semble difficile, car, dès qu'on cesse le traitement désinfectant local, on voit reparaître les symptômes morbides.

Outre des troubles locaux, irritation vésicale, ardeur dans la miction, la bactériurie réagit sur l'état général : menstruation profuse, lassitude générale, humeur chagrine et irritabilité, etc. J. B.

I. — Contribution à l'étude du lavage de la vessie à propos d'un cas de rétention d'urine prolongée par hypertrophie prostatique compliquée de fausse route, par F. VERCHÈRE (*France médicale*, 3 *janvier* 1889).

II. — Operative Behandlung der Urin-retention bei Prostatahypertrophie, par KUMMEL (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 83, 1889).

III. — Ueber die Extirpation der Prostata wegen maligner Neubildungen, par A. STEIN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 81, 1889).

I. — En présence de l'impossibilité absolue de faire le cathétérisme sans se précipiter dans la fausse route que le malade, vieillard de 72 ans, s'était faite lui-même, V... pratique une ponction de la vessie. Le lendemain l'état s'est encore aggravé, et l'urine, fortement ammoniacale la veille, présentait une odeur repoussante. Il fallut absolument faire un lavage de la vessie. Pour cela, profitant de la canule de trocart dans la vessie, V... injecta 50 grammes de solution saturée d'acide borique, puis l'enleva par aspiration. Il recommença ainsi une douzaine de fois jusqu'à ce que le liquide revint limpide de la cavité vésicale. Il laissa 30 ou 40 grammes de solution boriquée dans la vessie. Dès le soir, la température était normale et les vomissements avaient disparu. Il fit ainsi 31 ponctions de la vessie en l'espace de 13 jours ; chaque jour il faisait au moins un lavage vésical par la ponction, Il n'eut aucun accident. Au bout de ce temps le malade put uriner seul. E. DESCHAMPS.

II. — D'après Kummel, on a exagéré la rareté des cas où la rétention d'urine est causée par la saillie d'une portion de prostate dans la vessie.

Cette disposition est fréquente, et on peut la reconnaître cliniquement soit par le cathétérisme associé au toucher rectal, soit par la cystocopsie. Kummel a opéré six malades, chez qui tous les autres moyens avaient échoué, et qui avaient des élévations de température vespérale. Dans ces cas, il fait la taille haute, et détruit au thermocautère la partie saillante de la prostate. Si cela est nécessaire, il dilate en outre le col de la vessie et place un gros cathéter. Plus tard, lorsqu'on peut passer les plus gros cathéters, il fait la suture de la vessie. Il faut ensuite tâcher de réveiller la contractilité de ce réservoir. Sur les six observations un seul malade a succombé à l'opération.

Socin pense que beaucoup de prostatiques souffrent plus de leur cystite que de leur prostate. Comme l'opération de Kummel s'adresse aussi à le cystite, c'est peut-être ainsi qu'elle agit.

III. — On a observé à la clinique de Heidelberg six cas de tumeurs malignes de la prostate, 3 sarcomes et 3 carcinomes. Trois ont été opérés.

Dans le premier cas, on a cautérisé, après avoir fait la taille hypogastrique, un cancer de la prostate ulcéré du côté de la vessie. Guérison en 4 semaines. Pas d'autres renseignements sur le malade.

Dans le second cas, on fit l'extirpation totale de la prostate carcinomateuse chez un homme de 47 ans. Taille haute, puis incision demi-circulaire devant l'anus. Drainage de la plaie abdominale à la plaie périnéale. Mort 9 mois après.

Le troisième cas concerne un homme de 64 ans, chez lequel on a enlevé un sarcome de la prostate qui avait déjà envahi la paroi antérieure du rectum. Après résection du coccyx, la prostate et la portion malade du rectum furent enlevées. Le malade a succombé le 12e jour avec les signes d'une pleuropneumonie double.

Jusqu'à présent les résultats sont déplorables. Toutefois les tumeurs malignes de la prostate ont une marche si rapide et déterminant de telles douleurs qu'on ne doit pas renoncer à toute intervention. La difficulté est de faire un diagnostic précoce. Ce n'est qu'avec l'hypertrophie simple qu'on peut confondre les tumeurs de la prostate. Or, il y a presque toujours des symptômes qui permettent de reconnaître les tumeurs : ce sont surtout les douleurs violentes qui s'irradient avec les jambes, le gland et les lombes en dehors de la résection. Quant à l'opération, c'est par le périnée qu'il faut la faire. PIERRE DELBET.

I. — **Ueber Nierenoperationen (Statistique d'opérations sur les reins), par E. HERCZEL** (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43, *p.* 946, 28 *octobre* 1889).

II. — **Ueber eine wegen localer Tuberculose exstirpirte Niere (Extirpation d'un rein tuberculeux), par KUMMEL** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 23, *p.* 468, 1889).

III. — **Zwei Fâlle von Nephrectomie (Deux néphrectomies), par J. SCHMIDT** (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 21, *p.* 417, 1889).

IV. — **Ueber die Nierenexstirpation bei malignen Tumoren (Néphrectomie pour tumeurs malignes), par A. SIEGRIST** (*Thèse de Zurich*, 1889).

V. — **Division of the capsule of the kidney (rein) for the relief of nephralgia, par Mc Lane TIFFANY** (*Annals of surgery*, *p.* 104, *août* 1889).

VI. — **Néphrorraphie par le procédé de Hahn, par TERRILLON** (*Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, *août* 1889).

I. — Depuis 1878, Czerny a fait 33 néphrectomies, 7 néphrotomies,

3 néphrolithotomies, 4 pyélolithotomies, 3 néphrorraphies, 8 ponctions d'hydronéphroses et 2 ablations de myxolipomes de la capsule graisseuse des reins.

1° Néphrectomies. L'âge des opérés oscillait entre 11 mois et 50 ans, 47 0/0 ont survécu à l'opération qui, selon les indications, se répartit ainsi :

a. Hydronéphrose : 4 cas. 1 guérison, 3 morts par urémie, par péritonite et par thrombose septique de la veine rénale.

b. Fistule uretéro-vaginale : guérison de l'incontinence.

c. Tumeurs malignes : 1 adénome, 2 encéphaloïdes, 6 sarcomes fusiformes, 3 angiosarcomes. Des 12 opérés, 9 ont succombé aux suites de l'opération, 5 par collapsus, 2 par péritonite, 1 par œdème pulmonaire et 1 par tétanos. Des 3 qui ont guéri, 2 ont succombé à des métastases et à une récidive locale au bout de six mois à deux ans.

d. Suppuration des reins (abcès, pyonéphrose, tuberculose). Sur les 11 opérés, 9 ont guéri. Les 2 morts ont été causées l'une par la septicémie, l'autre par l'absence congénitale de l'autre rein.

e. Pyélite calculeuse : 5 cas, 2 guérisons et 3 morts par hémorragie (rein en fer à cheval), urémie et coma diabétique.

2° Néphrotomies pour pyonéphroses : 7 cas. 2 morts; 4 des opérés ont subi ultérieurement la néphrectomie, et le dernier a vu son état amélioré.

3° Néphrolithotomies : 3 opérations chez des femmes qui ont toutes succombé, parce qu'elles avaient les deux reins malades.

4° Pyélotomies : 4 cas en prévision de l'existence d'un calcul du bassinet. Deux fois seulement le diagnostic se vérifia ; un des deux bassinets suturés se réunit par première intention. Dans les deux cas où l'on ne trouva pas de calculs, il existait, soit une courbure sigmoïde de l'uretère, soit une pyélonéphrite tuberculeuse, et, les fistules du bassinet ne guérissant pas, on fit plus tard la néphrectomie.

5° Ablation de la capsule graisseuse du rein pour myxolipomes énormes, au moyen d'une incision sur la ligne médiane du ventre. Guérison. Dans les deux opérations, les reins purent être laissés en place.

Pour la néphrectomie, Czerny préfère de beaucoup l'incision lombaire comme infiniment moins dangereuse que la laparotomie. Il lie le pédicule en masse au moyen d'un fil de catgut en arrière duquel il place un fil de soie ; l'un et l'autre tombent en général spontanément au bout de deux ou trois semaines. Dans la pyonéphrose notamment, Czerny n'est pas partisan de la ligature du pédicule en deux portions : on s'expose ainsi à des thrombus provenant de la pénétration des fils dans les vaisseaux. Comme traitement consécutif, il emploie depuis deux ans le tamponnement avec une mèche iodoformée, Czerny ne connaît d'autre moyen de s'assurer de l'état des deux reins que l'établissement provisoire d'une fistule du bassinet.

Enfin, Herczel relate un cas d'ablation partielle d'un rein blessé, avec guérison. J. B.

II. — Une fille de 22 ans éprouve depuis plusieurs mois des douleurs vives au côté droit. Elle a eu de la cystite. L'auteur constate, à l'aide du cystoscope, l'intégrité de la vessie. Comme il découvre des bacilles tuberculeux dans l'urine, il diagnostique une affection rénale. Les douleurs permettent

d'incriminer le rein droit qui, du reste, est mobile. Après la suture et l'incision du rein, cet organe étant caséifié, l'auteur pratique la néphrectomie. Guérison sans fièvre. Au bout de quelques jours l'urine devient normale.

Dans ce cas, la tuberculose est absolument locale; il n'y a pas d'autre organe atteint; aussi l'auteur considère-t-il le pronostic comme favorable. L. GALLIARD.

III. — Dans ces deux faits, appartenant à Bardenheuer, le diagnostic n'a pu être posé exactement qu'après l'incision exploratrice extra-péritonéale qui a constitué le premier temps de l'opération. Dans le premier cas, la néphrectomie partielle a précédé l'extirpation totale du rein.

1° Femme de 32 ans, ayant depuis quatre ans une tumeur au côté gauche qu'on peut rapporter soit au pancréas, soit à l'épiploon, soit à la rate, soit au rein. Bardenheuer pratique son incision exploratrice antérieure et constate une tumeur kystique extra-péritonéale de la grosseur d'une tête d'enfant; en l'excisant il s'aperçoit qu'elle est intimement liée au rein et ouvre accidentellement un calice et le bassinet. L'urine ayant, malgré les sutures du rein, souillé la plaie, le chirurgien fait, quatre jours plus tard, la néphrectomie. Guérison.

2° Tumeur mobile au côté droit chez une fille de 25 ans; on hésite entre une production ovarienne ou rénale. L'incision étant faite, on constate une pyonéphrose. Néphrectomie. Guérison. L. GALLIARD.

IV. — A propos d'un malade opéré par Krœnlein, le 11 avril 1889, pour un adénocarcinome du rein, qui est encore au bout de quatre ans parfaitement bien portant, Siegrist a rassemblé 64 cas de tumeurs malignes du rein. La néphrectomie fut faite dans 61 cas; 32 malades, soit 52,45 0/0 succombèrent des suites de l'opération; 1 malade est mort peu après l'opération d'une maladie de cœur; 9 ont succombé rapidement à des récidives ou des métastases. Des 19 qui restent, 5 étaient encore en bonne santé au bout de deux ans; 2 au bout d'un an, 3 au bout de six mois, 1 au bout de cinq mois. Les renseignements sont insuffisants pour les autres.

La mortalité opératoire est beaucoup plus considérable dans les cas où on a employé la voie transpéritonéale (57,89 0/0) que dans ceux où on a pris la voie extra-péritonéale (23,52 0/0). D'un autre côté, les récidives ont été plus fréquentes après les opérations extra-péritonéales (41,17 0/0) qu'après les opérations transpéritonéales (5,26 0/0). Les tumeurs se répartissent d'après leur nature de la manière suivante : 29 carcinomes, 34 sarcomes, 1 tumeur non déterminée.

Bien que les résultats ne soient pas très favorables, l'opération est cependant justifiée, au moins dans certains cas, en raison du pronostic fatal de l'affection abandonnée à elle-même. J. B.

V. — Une femme de 49 ans se plaignait de douleurs lombaires du côté droit. Ces douleurs persistaient depuis trois ans, et survenaient par accès, rappelant des coliques néphrétiques; jamais il n'y avait eu de calcul rendu; quelquefois seulement du sang.

Point de tumeur appréciable, l'urine contenait du pus et du sang.

Le 2 janvier 1889, incision lombaire qui permet de découvrir sur le rein une cicatrice étoilée, profonde, sur le bord antéro-externe, à deux pouces de l'extrémité inférieure. L'exploration du bassinet, des calices, ne fit découvrir aucun calcul.

La capsule du rein fut incisée sur une étendue de trois pouces, en longeant la cicatrice; les bords de la capsule s'écartèrent aussitôt largement.

La plaie guérit rapidement et la douleur disparut peu à peu tout à fait.

La cicatrice était probablement le résultat d'une gomme syphilitique.

Tiffany pense que les signes de calcul rénal peuvent être simulés par une capsule trop tendue, etc.

Ces accidents disparaissent après le débridement de cette capsule. Avec l'observation qui lui est personnelle, il donne en détail 21 autres faits dans lesquels les signes de lithiase rénale existaient, alors que l'exploration de l'organe n'a pu déceler de calculs. MAUBRAC.

VI. — Homme de 57 ans, présentant depuis deux ans environ tous les signes et symptômes d'un rein mobile. Terrillon, en l'opérant, cherche à suturer la substance rénale elle-même, mais, malgré les efforts de traction, malgré la pression abdominale, le rein, situé très profondément ou retenu par des adhérences, ne peut être mobilisé et amené au contact de la plaie lombaire. On se contente donc, comme l'avait fait Hahn primitivement, de suturer la capsule cellulo-graisseuse de l'organe au moyen de six gros fils de catgut, sans comprendre dans la suture ni la capsule fibreuse, ni le parenchyme du rein. Quatre mois après, les symptômes dus à la mobilité rénale qui existaient avant l'intervention n'avaient pas reparu, et le rein ne se déplaçait plus comme autrefois sous l'influence de la pression abdominale.

R. JAMIN.

Conditions de réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne, par F. GUYON (*Compt. rend. Acad. des sciences*, 29 *avril* 1889).

Les différentes parties de l'appareil urinaire ne subissent l'infection microbienne qu'à la suite d'une appropriation préalable qui les met en état de réceptivité; l'auteur étudie seulement dans ce travail le rôle pathogénique de la rétention d'urine cliniquement et expérimentalement.

Chez les malades atteints de rétention incomplète avec distension, il y a à la fois : 1° stase de l'urine dans la vessie, les uretères et les reins; 2° troubles de la nutrition locale dus aux lésions interstitielles (artériosclérose) et congestives; 3° troubles généraux dus à la perturbation des actes digestifs et aboutissant à la cachexie urinaire. Malgré la gravité, la complexité et la longue durée des lésions, les urines sont parfaitement limpides pendant des années, parce qu'elles restent aseptiques; elles ne contiennent aucun micro-organisme et le malade est apyrétique. Qu'un cathétérisme non suffisamment aseptique introduise des germes dans la vessie, la suppuration s'établit du jour au lendemain et s'étend rapidement à tout l'arbre urinaire; la fièvre s'allume, la vie est menacée. L'agent infectieux a trouvé un milieu tout préparé pour sa multiplication et sa propagation aux uretères et aux reins.

Dans la rétention complète aiguë, l'infection déterminée par le cathétérisme se localise d'ordinaire à la vessie. Habituellement elle est peu durable chez les rétrécis, sujets jeunes à vessie bien musclée, lorsque le cours de l'urine est rétabli. Elle persiste au contraire dans la vessie des prostatiques, mais avec d'autant moins de tendance à se propager aux reins que l'évacuation artificielle est mieux assurée.

L'expérimentation corrobore les données de la clinique. Des cultures de microbes pathogènes sont introduites dans des vessies d'animaux : ceux-ci, sacrifiés 24 ou 36 heures après l'inoculation, ne présentent aucune trace de microbes, aucune lésion dans leurs voies urinaires, à

moins qu'il n'y ait eu introduction répétée de doses massives d'organismes très virulents, auquel cas la vessie reste habitée pendant quelques jours et offre un léger degré de cystite, les organes urinaires supérieurs restant d'ailleurs indemnes.

La rétention d'urine, produite expérimentalement chez les animaux par la ligature de la verge, détermine la production de différentes lésions de l'appareil urinaire, mais on n'y trouve aucun micro-organisme. Si à cette ligature on ajoute l'introduction de microbes pathogènes, pour peu que la rétention soit prolongée, on constate de la cystite et on retrouve des microbes non seulement dans la vessie, mais même dans les bassinets.

En somme, la rétention d'urine favorise l'infection de l'appareil urinaire en rendant effective l'inoculation microbienne, et la réceptivité de cet appareil est en raison même du degré et de la durée de la rétention. Les lésions que celle-ci détermine, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme lente, favorisent l'action des agents pathogènes : elles rendent plus durables et plus graves les effets de l'infection.

L'auteur démontre ensuite que l'infection des voies urinaires reconnaît le plus ordinairement pour cause l'introduction directe des microbes dans la vessie par des instruments septiques, l'urètre normal étant incapable de livrer passage aux germes. Mais, s'il appartient presque toujours à l'antisepsie locale de mettre sûrement l'appareil urinaire à l'abri de la contagion, c'est des lésions préexistant à l'introduction des germes et, en particulier, de la rétention d'urine que dépend la réceptivité.

R. JAMIN.

I. — Beitrag zur Pathologie der Cavernitis chronica, par L. NIEHUS (*Archiv f. path. Anat. u. Physiol., CXVIII, Heft* 1).

II. — Zur Lehre von den Polypen der Harnröhre (Polypes de l'urètre), par NEUBURGER (*Wien. med. Presse, n°* 22, *p.* 857, 1889).

I. — Il s'agit d'une néoformation qui s'est développée sur un homme de 53 ans dans le gland du pénis, dont le tissu a été transformé en une masse granuleuse d'un gris jaunâtre, lardacé et peu vasculaire.

Sur la couronne du gland se trouve un groupe d'excroissances sphériques de 2 à 3 millimètres.

Les coupes montrent que les aréoles vasculaires ont presque toutes disparu ; le tissu est devenu compact et est fortement infiltré de leucocytes. Mais le fait le plus remarquable consiste dans la présence de nids épithéliaux, qui traversent le tissu du gland en tous sens. Ces nids épithéliaux sont si volumineux qu'on les aperçoit à l'œil nu. Ils sont constitués de grandes cellules polyédriques ou allongées qui sont pourvues d'un beau noyau et munies de dentelures et de crêtes. Ces traînées épithéliales sont en relation avec l'épithélium stratifié de la surface du gland.

De bonne heure, ce néoplasme, qui se distinguait du cancroïde par la marche et les symptômes de l'affection, ainsi que par la disposition des foyers épithéliaux, avait occasionné l'occlusion de l'orifice urétral. L'urine se frayait un passage à travers les nids épithéliaux et s'écoulait par les fistules ainsi produites.

Signalons encore la présence d'un faisceau de muscles lisses dans le tissu conjonctif, qui environne immédiatement les amas épithéliaux. De plus on remarque des foyers de tissu conjonctif jeune, renfermant des cellules géantes à noyaux multiples.

ED. RETTERER.

II. — Il s'agit ici d'un polype de l'urètre chez l'homme :

Sujet de 32 ans, ayant eu sa première blennoragie en 1885 durant trois mois. Deux ans plus tard, seconde blennorragie plus tenace que la première malgré les injections astringentes, mais guérissant à la fin.

Au mois d'octobre 1888, douleurs et suppuration, urétrite aiguë guérie par les injections, mais reparaissant en décembre.

Le 17 janvier on constate, à l'aide de l'endoscope Charrière, dans la portion membraneuse, un polype gros comme un pois, de couleur rosée, semblant inséré sur la partie droite de la paroi urétrale. On l'extirpe le 28 avril, avec l'anse Grünfeld. Il a 8 millimètres de longueur, sa largeur est de 4 millimètres.

Guérison rapide de l'opération après cautérisation au nitrate d'argent.

Le polype est fait de fibres de tissu conjonctif, de cellules fusiformes, de vaisseaux sanguins avec un revêtement d'épithélium pavimenteux stratifié. Pas de papilles. Ce n'est pas un papillome. L. GALLIARD.

Traité des maladies du testicule et de ses annexes, par Charles MONOD et O. TERRILLON (*In-8°, Paris*, 1889).

Ce livre, le seul publié en France depuis la traduction de Curling, renferme le résumé des nombreux travaux publiés depuis plusieurs années sur la pathologie du testicule et de ses annexes.

C'est un traité à la fois élémentaire et complet qui donne sous la forme classique une description didactique enrichie d'un grand nombre de faits nouveaux. Plusieurs chapitres sont en grande partie originaux exposant les recherches personnelles des auteurs poursuivies depuis longtemps déjà.

Les maladies du testicule et de ses annexes les plus proches, épididyme, vaginale, canal déférent, sont seules étudiées. Monod et Terrillon ont rejeté l'histoire des affections du scrotum et des vésicules séminales qui constituent un groupe distinct, devant être étudié à part. De même pour les troubles purement fonctionnels, spermatorrhée, azoospermie, dyspermatisme dont la pathogénie est fort complexe et qui ne se rattachent pas d'une façon évidente à une lésion du testicule.

Le premier chapitre, consacré aux anomalies, renferme une très intéressante description des ectopies et de leurs complications, hernies congénitales surtout et maladies du testicule en ectopie. Les accidents d'étranglement vrai ou faux provoqués par le testicule ectopique peuvent être rapportés : 1° à une orchite avec ou sans péritonite ; 2° à une constriction du testicule par les anneaux avec paralysie réflexe de l'intestin; 3° à un véritable étranglement herniaire produit par l'anneau profond, par le testicule ectopique ou encore par la pression des muscles abdominaux; 4° à une véritable torsion du cordon vasculaire du testicule.

Le traitement de ces différents accidents est l'objet d'une discussion détaillée ; les indications opératoires dans les ectopies compliquées de hernie sont établies avec le plus grand soin. Si la hernie est réductible on peut mettre un bandage; si elle ne l'est pas, cure radicale et fixation du testicule dans les bourses par l'opération de Max Schuller ; si cette fixation est impossible ou très difficile, la castration peut être indiquée.

Dans le chapitre consacré aux traumatismes, il faut signaler l'histoire complète de l'orchite traumatique dont les lésions ont été établies

par une série de travaux antérieurs de Monod et de Terrillon, et consistent dans une orchite interstitielle et tubulaire scléreuse.

Dans une série de paragraphes spéciaux sont étudiées les différentes variétés de l'hydrocèle, hydrocèle commune, hydrocèle congénitale, infantile, biloculaire, diverticulaire, graisseuse. Ici comme dans les autres chapitres, la description et l'indication des différentes méthodes opératoires est faite d'une façon claire et complète.

Après plusieurs chapitres sur les orchites blennorrhagiques urétrales, infectieuses, sur la névralgie du testicule, sur les kystes, les auteurs ont tenté de grouper les tumeurs du testicule et de donner une classification nouvelle fondée sur la structure de ces néoplasmes et leur origine embryonnaire : 1° tératomes, développés aux dépens des trois feuillets du blastoderme; 2° tumeurs mixtes; 3° tumeurs pures développées aux dépens soit du feuillet moyen, soit du feuillet interne du blastoderme. Mais, dans la description, on doit suivre l'ordre classique et clinique et réunir sous le nom de cancer plusieurs tumeurs de structure différente.

Le traité est terminé par l'exposé des maladies du cordon spermatique.

C. WALTHER.

Kehrers operation for depressed nipple (Opération de Kehrer contre la dépression du mamelon), par E. HERMANN (*Lancet*, 6 *juillet* 1889).

H. a pratiqué deux fois l'opération proposée par Kehrer pour remédier à la dépression du mamelon. L'une des opérées a été perdue de vue; l'autre a retiré un bon résultat de l'intervention et a pu nourrir à deux reprises différentes avec le sein opéré, chose qui avait été impossible dans une première grossesse. L'opération fort simple a consisté à enlever deux croissants de peau, l'un au-dessus, l'autre au-dessous du mamelon, croissants de deux pouces de long sur un pouce de haut et à suturer. Elle a pu être faite sans inconvénient cinq jours après l'accouchement.

A. F. PLICQUE.

I. — Ueber die Ursachen der lokalen Krebsrecidiven nach Amputatio Mammae, par Lothar HEIDENHAIN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 53, 1889).

II. — Ueber Carcinoma Mammae, par SCHINZINGER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 55, 1889).

I. — Heidenhain a étudié histologiquement dix-huit mamelles enlevées, et particulièrement la surface de section postérieure. Dans douze de ces dix-huit cas, il a pu prédire la récidive locale, parce que des portions malades étaient restées. De ses recherches, il conclut :

1° L'aponévrose pectorale est très mince et mal limitée, surtout chez les femmes grasses, si bien qu'il est impossible de la détacher complètement du muscle, à moins de couper dans le muscle lui-même.

2° La mamelle est située entièrement chez les femmes maigres, partiellement chez les femmes grasses, au contact de cette aponévrose, si bien que, dans l'amputation au-dessus de celle-ci, on laisse facilement des lobules de la glande.

3° Toute mamelle qui contient des noyaux cancéreux est malade dans sa presque totalité. Une partie des récidives tardives provient peut-être des acinis ou proliférations qui sont restées dans la plaie.

4° Dans la graisse rétro-mammaire, existent des vaisseaux lymphatiques, qui vont de la glande à l'aponévrose. Dans les deux tiers des cas de cancer du sein, ces lymphatiques renferment de nombreux noyaux métastatiques. Un carcinome même absolument mobile sur le muscle s'étend déjà microscopiquement jusqu'à la surface du muscle.

Il résulte de tout cela que, pour éviter les récidives, il faut, dans toute amputation du sein, enlever une mince couche de la surface du muscle.

Lorsque le muscle lui-même est pris, il y a de grandes chances pour qu'il soit envahi en totalité. Aussi, toutes les fois qu'un carcinome est adhérent au grand pectoral, il faut faire une extirpation totale de ce muscle.

II. — Schinzinger a opéré depuis dix ans 96 cancers du sein, la plupart avec curage de l'aisselle. Deux malades sont mortes, toutes deux d'érysipèle. Le pronostic est d'autant plus mauvais que les malades sont plus jeunes ; aussi, pour obtenir une sénilité prématurée, l'auteur conseille, chez les femmes qui sont encore menstruées, de faire la castration double, afin d'éviter les récidives locales. PIERRE DELBET.

De la mammite des adolescents et des adultes, par LAURENT (*Gaz. médic. de Paris, juillet* 1889).

Sans être aussi rare qu'on le croit chez les adolescents, généralement unilatérale, cette affection présente des symptômes locaux d'intensité variable. Les causes sont peu connues, et la masturbation, que l'on a principalement invoquée, ne paraît pas très commune.

Quant à la mammite des adultes, plus rare que la précédente variété, on peut en distinguer trois formes : la forme aiguë, la forme chronique et la mammite des phtisiques. La mammite aiguë diffère peu de celle des adolescents; la mammite chronique, qui se caractérise surtout par des douleurs à caractère névralgique, persiste longtemps et quelquefois indéfiniment sous forme d'une induration indolente. La troisième variété, celle qui apparaît chez les phtisiques, bien décrite par Leudet, et différente de la tuberculose mammaire, ne serait qu'une irritation de voisinage causée par les lésions du poumon et de la plèvre. OZENNE.

I. — Ist die Knochentuberkulose angeerbt? (La tuberculose articulaire est-elle héréditaire?) par Julius DOLLINGER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 35, *p.* 609, 1889).

II. — Uber den Zeitpunkt... (Du moment à partir duquel on peut considérer comme définitif le résultat des résections faites pour tuberculose), par SCHMID-MONNARD (*Cent. f. Chir.*, *n°* 52, *p.* 945, 1889).

III. — Zur Behandlung von tuberkulösen Knochen-und Gelenkerkrankungen (Traitement des tuberculoses osseuses et articulaires par les injections d'huile iodoformée), par WENDELSTADT (*Cent. f. Chir.*, *n°* 38, *p.* 665, 1889).

IV.— Ueber die Behandlung tuberculoeser Gelenkerkrankungen mittelst Iodoformeinspritzungen (Du traitement des arthrites tuberculeuses par les injections d'iodoforme), par Fedor KRAUSE (*Berliner klinische Wochenschrift, n°* 49, *p.* 1058, 9 *décembre* 1889, *et Mercredi médical,* 15 *janvier* 1890).

I. — Dollinger a interrogé, à ce point de vue, 250 malades atteints de tuberculose osseuse et articulaire. Dans 153 cas, il n'a pu démontrer la tuberculose chez les ascendants; mais le plus souvent les causes de

mort étaient ignorées. Dans 97 cas, les parents des grands-parents étaient morts tuberculeux. Dans 31 cas, les parents seuls avaient été tuberculeux; dans 60 cas, les grands-parents l'étaient déjà. L'auteur tire de ces chiffres la conclusion suivante : La tuberculose osseuse se développe non pas chez les enfants, mais seulement chez les petits-enfants des individus atteints de tuberculose pulmonaire. Il faut que les os soient soumis pendant quelques générations à l'influence du virus tuberculeux, pour devenir aptes à servir au développement du bacille de Koch.

II. — Schmid-Monnard a réuni 116 résections des diverses articulations, à la suite desquelles les malades ont été suivis pendant plusieurs années. La mortalité (par la tuberculose) des réséqués ne va pas en croissant d'années en années comme le pense Kœnig. Deux années un quart après l'opération, il n'y a plus guère que 4 0/0 de tous les réséqués qui succombent à leur maladie ou à ses suites. Par suite, on peut considérer comme définitives les guérisons qui ont été constatées après deux ans et 3 mois; ou si l'on veut, le réséqué, qui 2 ans et 3 mois après la résection ne présente aucun signe de tuberculose peut être considéré comme ayant « une lettre de franchise pour toute sa vie ».

III. — Les injections parenchymateuses d'éther iodoformé ont été rapidement abandonnées à la clinique de Bonn, parce qu'elles déterminaient des douleurs intolérables, et que dans trois cas elles ont amené de la gangrène de la peau. On emploie aujourd'hui l'huile d'olive iodoformée à 5 p. 25. La préparation doit être employée fraîche, parce qu'il s'y développe rapidement de l'iode. On injecte tous les 8 jours dans les tissus malades, à divers endroits, 2 à 3 centimètres cubes avec une seringue à canule tranchante. Lorsqu'il existe un abcès, on le vide avant de faire l'injection. Pour les fistules, l'expérience a prouvé qu'il valait mieux faire ces injections autour d'elles que dans leur cavité. Il est arrivé quelquefois que le soir de l'injection, la température s'est élevée à 40°. Mais elle est rapidement tombée, et il n'y a eu aucun retentissement sur l'état général. 109 malades ont été traités par ces injections; 28 ont dû en outre être opérés; 24 sont encore en traitement. Si des 109 cas, on retire ces 24 derniers, il reste 85 malades, dont 36 paraissent guéris, 37 sont seulement améliorés, et 12 non guéris. Le mémoire comprend le résumé de 4 observations intéressantes. PIERRE DELBET.

IV. — Krause injecte dans les articulations malades un mélange de 10 0/0 d'iodoforme maintenu en suspension par de la glycérine. Il évite de se servir des solutions éthérées ou alcooliques d'iodoforme pour une double raison. Ces solutions étant absorbées peuvent déterminer des intoxications; d'autre part, elles entraînent avec elle l'iodoforme, au lieu de le laisser agir localement sur les tissus malades.

Dans le cours des 18 derniers mois, il a appliqué cette médication à 43 malades; seule, l'arthrite scapulo-humérale ne se trouve pas représentée parmi ces jointures tuberculeuses. Il fait auparavant un lavage soigneux de l'articulation avec une solution boriquée à 3 0/0. Le mélange iodoformé est ensuite injecté à la dose moyenne de 20 à 40 grammes. Une fois l'injection faite, afin d'en multiplier les contacts avec les tissus malades, et de bien l'étaler pour ainsi dire, il imprime, si possible, des mouvements passifs à la jointure, et en tout cas, il masse énergiquement toute la région.

Ces injections sont si peu douloureuses, que même les enfants refusent souvent d'être chloroformés. Il n'est pas rare, en revanche, qu'elles soient suivies d'une élévation de température pendant 1, 2 ou 3 jours, laquelle tient sans doute aux mouvements imprimés à la jointure, immédiatement après l'injection.

Krause répète les injections de 4 en 4 semaines. Leur premier résultat est une rémission rapide ou même une entière cessation des douleurs. Le gonflement ne cède que plus tard. Le liquide des épanchements se reproduit assez souvent. Quelquefois, il se produit temporairement une fistule. Quant aux résultats définitifs, il s'est écoulé encore trop peu de temps pour qu'on puisse en parler. En tout cas, les injections iodoformées sont supérieures, comme efficacité, aux injections de sublimé ou d'acide phénique. J. B.

I. — Exstirpation der Scapula (Extirpation de l'omoplate), par K. DOLL (*Arch. f. klin. Chir., vol. XXXVII, fasc.* 1, *p.* 131).

II. — Die operative Entfernung des knöchernen Brustgürtels (Extirpation des os de la ceinture scapulaire), par G. ADELMANN (*Ibidem, XXXVII, fasc.* 4, *p.* 681).

I. — Doll, après avoir fait l'historique de la question, donne deux nouvelles observations recueillies à la clinique de Czerny. Dans l'une, il s'agit d'un homme de 41 ans, atteint d'un sarcome fasciculé. Le malade, bien guéri de l'opération, succomba sans récidive, quelques mois après, à la tuberculose pulmonaire. L'autre concerne une petite fille de 14 ans, atteinte d'un sarcome embryonnaire. Le résultat opératoire fut excellent, mais, quatre mois après, il y avait une récidive si étendue et l'état général était si mauvais que toute nouvelle tentative était rendue impossible.

En réunissant aux statistiques d'Adelmann, de Gies et de Valder, les cas publiés depuis et ses deux nouvelles observations, Doll arrive à un total de 65 extirpations de l'omoplate, pour tumeurs malignes. Voici comment il les classe :

1° Extirpation de l'omoplate, avec ablation d'un bras et d'un morceau de la clavicule : 17. — 5 morts, — 4 récidives, — huit guérisons (quelques mois à 9 ans). — 2° Extirpation de l'omoplate dans le cas où le bras avait été désarticulé avant : 13. — 2 morts, — 6 récidives, — 5 guérisons (6 mois à 30 ans). — 3° Extirpation de l'omoplate, avec résection de la tête humérale : 3. — 1 mort, — 2 guérisons. — 4° Extirpation de l'omoplate avec conservation du bras tout entier : 32. — 8 morts, — 12 récidives, — 12 guérisons.

En réunissant tous les cas, on obtient les résultats suivants :

65 cas. — 16 morts opératoires, soit 24,6 0/0, — 22 récidives, soit 33,8 0/0, — 27 guérisons, soit 41,7 0/0. — Onze malades seulement ont été suivis, soit 16,9 0/0.

Ces résultats n'ont rien de brillant, mais l'opération est cependant justifiée par le pronostic fatal des affections qui les réclament.

II. — Adelmann a réussi 67 cas d'ablation totale du membre supérieur, avec l'omoplate et tout ou partie de la clavicule. Depuis la rédaction de son travail, trois nouveaux cas (Mazzoni, Poggi, Kirmisson) sont venus à sa connaissance, ce qui porte à 70 le nombre des faits. Mais ces trois

derniers cas, publiés à part à la fin de ce travail, ne sont pas compris dans la statistique dont je vais donner les résultats. Ce travail confirme le plus grand nombre des faits établis par Berger. (*R. S. M.*, XXX, 282.)

Adelmann est partisan de la ligature préalable des vaisseaux sous-claviers, pratiquée pour la première fois par Parisel, en 1856, et qui a l'avantage, non seulement d'éviter l'hémorragie, mais encore d'empêcher l'entrée de l'air dans les veines. Du reste, comme technique opératoire, il accepte en principe celle qui a été décrite et mise en pratique par Berger. Les 67 cas sont rangés en trois catégories. La première catégorie renferme 14 cas d'extirpation pour traumatismes. 5 malades ont succombé ; 4 d'entre eux présentaient d'autres lésions. Le pronostic est donc relativement favorable dans les cas traumatiques. Dans la seconde catégorie sont rangées les affections non récidivantes. Elle contient seulement 3 cas, 2 caries, 1 ostéomyélite. Les trois malades ont guéri. Ce sont les tumeurs malignes qui ont fourni la plus fréquente indication à l'opération. Au nombre de 50, elles constituent la troisième catégorie : 26 sarcomes, 7 chondromes, 4 tumeurs encéphaloïdes. Dans 25 cas, l'opération a été faite en une seule fois, avec 10 guérisons et 15 morts. Dans 19 cas, l'opération a été faite en deux fois, avec 10 guérisons et 9 morts. Dans 4 cas, on a fait trois opérations (3 guérisons et 1 mort). Enfin, chez deux malades, on a poursuivi les récidives dans six opérations successives (1 guérison, 1 mort). Cela donne en tout 24 guérisons et 26 morts. Mais il faut ajouter que beaucoup de ces guérisons sont problématiques, les malades n'ayant pas été suivis assez longtemps. Parmi les 25 cas où l'opération a été faite en plusieurs temps, 17 fois le bras avait été désarticulé avant; l'omoplate a été enlevée secondairement pour des récidives. Trois malades sont morts à la suite de la seconde opération. Parmi les 14 survivants, 6 n'ont pas été préservés de la récidive par cette opération, et, des 8 malades guéris, il n'y en a que 5 qui aient été suivis pendant plusieurs années. Adelmann analyse ensuite les causes de mort. Les récidives pleuro-pulmonaires lui semblent expliquées par les anastomoses vasculaires et lymphatiques. Il conseille d'examiner minutieusement l'état des poumons avant d'opérer. La moindre altération constatée au stéthoscope doit être considérée comme une contre-indication formelle à l'intervention. L'auteur se demande en terminant si les modifications apportées par l'opération dans la cage thoracique ne favorisent pas la stase dans le poumon, et ne prédisposent pas aux inflammations pulmonaires.

PIERRE DELBET.

I. — Ein Vorschlag zur Handgelenkresection (Résection du poignet), par C. LAUENSTEIN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 41, *p.* 721, 1889).

II. — Resection des Darmbeines (Résection de l'os iliaque), par K. DOLL (*Arch. f. klin. Chir.*, *Band XXXVII*, *fasc.* 1, *p.* 152, 1888).

III. — Ueber die Behandlung... (Traitement consécutif des résections de la hanche), par KRAUSE (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 95, 1889).

IV. — Extirpation complète de la synoviale du genou, par LAUENSTEIN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 103, 1889).

V. — L'extirpation totale de la rotule, par E. KUMMER (*Revue méd. Suisse romande*, *IX*, 721, *novembre* 1889).

VI. — Ueber Arthrektomie des Fussgelenkes mit temporärer Exstirpation der Talus (Arthrectomie tibio-tarsienne avec extirpation de l'astragale), par Kr. POULSEN (*Cent. f. Chir.*, *n°* 31, *p.* 537, 1889).

I. — A la suite de la résection du poignet, la main n'est plus unie avec l'avant-bras que par la peau et les tendons, et entre les surfaces osseuses sectionnées il reste un espace de quatre à cinq centimètres. Pour rapprocher les surfaces osseuses, l'auteur propose de réunir dans le sens transversal, l'incision longitudinale dorso-radiale. Cette manière de faire a pour avantage 1° de diminuer l'étendue de la plaie et de permettre une union solide de la main avec l'avant-bras; 2° de placer la main dans une légère extension, ce qui est la position la plus favorable à la conservation de ses fonctions. Lauenstein a pratiqué deux fois cette opération. Dans le premier cas, il fallut réséquer tout le carpe et en outre la tête des quatre derniers métacarpiens. Le malade a été revu près de dix mois après l'intervention. La main était solidement fixée à l'avant-bras; les mouvements de pronation et de supination complètement conservés; les mouvements d'opposition du pouce possibles, les quatre derniers doigts n'étaient mobiles que dans leurs articulations métacarpo-phalangiennes. Mais il restait une petite fistule. Dans le second cas, il fallut réséquer, outre les os du carpe, la tête des quatre derniers métacarpiens, l'extrémité inférieure du radius et du cubitus. Bien que les gaines fussent envahies, tous les tendons purent être conservés. Au bout de deux mois, le malade pouvait se servir de sa main pour s'habiller. Les mouvements de pronation et de supination étaient perdus. L'auteur fait remarquer que l'insuffisance des mouvements des doigts tient non pas à l'opérateur, mais aux lésions antérieures.

II. — Après un court historique, l'auteur rapporte une observation recueillie à la clinique de Czerny. Une jeune fille de 27 ans présentait une énorme tumeur de l'os iliaque du côté droit. Le 17 décembre 1878, Czerny fit l'opération suivante. Incision de 17 centimètres de long, correspondant à peu près à la symphyse sacro-iliaque. Seconde incision de 19 centimètres. Suivant la crête iliaque et s'étendant jusqu'au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Libération du grand fessier; ligature de l'artère fessière. Avec le ciseau et le maillet on trace dans l'os un sillon qui commence derrière l'épine iliaque antérieure et supérieure, va passer à un travers de doigt au-dessus de l'échancrure sciatique, et s'étend en arrière jusqu'à la symphyse sacro-iliaque. Les muscles larges de la paroi abdominale et le carré des lombes sont désinsérés. Section du fascia iliaca; ligature de la circonflexe iliaque : le muscle iliaque est détaché de la tumeur. Avec la pince de Liston, on achève la section de l'os. Du côté du sacrum, il fallut encore enlever des masses morbide à la cuillère tranchante. 40 ligatures perdues. Pansement de Lister. Le malade mourait deux jours après. La tumeur était un chondro-sarcome. Voici le résultat de l'autopsie. Septicémie. Infiltration purulente et emphysème de la cuisse. Noyaux métastatiques dans le poumon à droite.

III. — A la fin de 1888, on avait fait, à la clinique de Volkmann, 308 résections de la hanche dont 270 pour carie. On n'emploie plus de bandage plâtré. On emploie un appareil à extension si puissant que par suite de l'abaissement du bassin, le membre réséqué paraît plus long que l'autre. Dans le cas où la cuisse était fortement fléchie, on se sert d'un plan incliné qui permet de faire la traction daus la flexion. Le re-

dressement se fait progressivement et lentement. Dans les autres cas, la traction est faite dans une légère extension. Lorsque l'adduction est très forte, on sectionne largement les extenseurs à ciel ouvert. Dans presque tous les cas, on obtient une articulation mobile. Habituellement on commence les mouvements passifs 6 ou 8 jours après l'opération. Au bout de trois ou quatre semaines, les malades commencent à marcher avec le chariot de Volkmann. Le résultat définitif dépend surtout des malades. Ils doivent pendant plusieurs années continuer à faire la nuit de l'extension avec des poids. Dans les cas très graves, on se sert d'un appareil qui maintient la cuisse en abduction, et amène par suite de l'abaissement du bassin un allongement relatif du membre. Krause présente un malade qui commença à souffrir à l'âge de deux ans, et qui était âgé de 16 ans, lorsqu'il vint à la clinique. Grave tumeur blanche avec luxation, 16 centimètres de raccourcissement. Volumineux abcès dans les extenseurs. Résection. Section des extenseurs. Large ouverture de l'abcès. Traction de 9 kilogs avec une contre-extension de 7 kilogs. Guérison. Aujourd'hui, par suite de l'abaissement du bassin, le membre opéré est à peu près aussi long que l'autre. Mouvements passifs et actifs étendus. L'enfant marche presque sans boiter.

IV. — L'auteur pense que lorsqu'on sectionne les ligaments croisés l'ankylose survient. Son opération a pour but de conserver ces ligaments. Elle consiste en une résection temporaire de la tête du tibia. Voici la technique opératoire. Incision curviligne dont le point déclive est sur la tubérosité du tibia. Après avoir disséqué le lambeau jusqu'au milieu du ligament rotulien, on coupe ce dernier et l'articulation est ouverte. Alors avec un large ciseau, on fait sauter un morceau de la tête du tibia dans toute son épaisseur. En manœuvrant ce morceau, qui porte l'insertion des ligaments croisés, on peut mettre à jour la partie postérieure de l'articulation et extirper toute la synoviale. Cette extirpation faite, le fragment osseux est remis en place. PIERRE DELBET.

V. — S'appuyant sur une observation personnelle, sur 3 recueillies à la clinique de Kocher, et sur 3 communiquées par Kaufmann, Kummer conclut :

1° La résection totale de la rotule atteinte d'ostéite tuberculeuse peut sauver l'articulation du genou, à condition d'être faite assez tôt ;

2° La résection totale de la rotule atteinte d'ostéite tuberculeuse offre plus de chances de guérison que l'évidement; à l'exception de cas spéciaux, elle lui est donc préférable ;

3° La résection totale de la rotule est indiquée dans les cas où un foyer tuberculeux est localisé dans cet os, sans propagation à l'articulation ;

4° La résection totale de la rotule peut se faire sans altérer la marche, ni gêner sensiblement les mouvements du genou. J. B.

VI. — Pour avoir un jour suffisant dans l'arthrectomie tibio-tarsienne, Iversen résèque l'astragale. Ayant vu que dans bien des cas, cet os était absolument sain, Poulsen s'est demandé s'il ne serait pas possible de le remettre en place après avoir terminé l'arthrectomie, Il a tenté cette opération dans les circonstances suivantes :

Un enfant de 7 ans souffrait depuis trois mois d'une arthrite tuberculeuse. Le 3 janvier, la bande d'Esmarch étant en place, on ouvre largement

l'articulation par une incision transversale qui sectionne les tendons extenseurs. L'astragale est enlevé, légèrement gratté au niveau du col qui paraissait altéré, et placé dans une solution salée à 6/00 tiède. L'arthrectomie terminée, l'astragale est remis en place, les extenseurs et la peau sont suturés. On laisse seulement l'angle de la plaie ouvert et drainé par une mèche iodoformée. Le pansement fini, on enlève la bande. L'astragale était restée une demi-heure dans la solution salée. Premier pansement, le 26 janvier. La plaie est réunie, pas de suppuration. Le 16 février, on trouva un peu de pus dans l'angle interne de la plaie. Quelque temps après, un épanchement dans le genou nécessite l'arthrotomie de cette articulation. En même temps on explore le cou-de-pied Une petite fistule conduisait sur l'astragale. En grattant l'os, on constata qu'il était vasculaire et parfaitement vivant. La plaie fut refermée. Le genou guérit parfaitement. Mais le 21 mars, il existait encore une fistule au cou-de-pied. L'articulation fut réouverte. Il y avait des fongosités entre le tibia et l'astragale. Ce dernier fut enlevé de nouveau, il était très adhérent. Les granulations tuberculeuses qui avaient repullulé furent grattées. Mais l'astragale ne fut pas remis en place. Le malade a bien gueri.

L'examen de l'astragale a montré que la tête et le col étaient absolument normaux avec des cartilages bien conservés. Au contraire, les cartilages de la face supérieure étaient en partie détruits. Sur la face inférieure, il y avait bien une petite perte de substance d'un centimètre de profondeur. A la coupe, tout le reste de l'os était parfaitement normal.

Il est donc prouvé qu'un astragale qui a été séparé du corps pendant une demi-heure peut reprendre ses connexions vasculaires et vivre; mais l'observation citée montre que cette pratique serait plus nuisible qu'utile. PIERRE DELBET.

Beitrag zur Therapie des Hydrops articulorum intermittens, par von BRINCKEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 714, 12 *août* 1889).

Femme scrofuleuse âgée de 25 ans, ayant aux genoux une hydropisie qui revient tous les douze jours et disparaît au bout de deux à quatre jours. L'affection a débuté vers l'âge de 14 ans et est restée limitée au genou droit jusqu'en janvier 1888 où le genou gauche a commencé à être pris en même temps.

En 1886, Esmarch lui a ponctionné et lavé l'articulation mais l'amélioration n'a pas été durable.

Les deux genoux sont tuméfiés également. La rate a plus de 20 centimètres de long. L'administration de quinine supprime seulement un des accès.

L'arsenic (9 gouttes de liqueur de Fowler) retarde d'abord la réapparition des hydarthroses, qui ne reviennent plus que tous les seize jours et sont moins considérables, puis les fait cesser entièrement. Sous l'influence de la médication arsenicale, le volume de la rate a également diminué. (La malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente.)

En revanche, il est apparu du prurigo sur les membres inférieurs. En y comprenant le sien, von Brincken a réuni 23 cas d'hydarthrose intermittente, comprenant 14 femmes et 9 hommes.

Il est partisan de la nature infectieuse microbienne de l'affection. (*R. S. M.*, IV, 651 ; XII, 635 ; XVIII, 626 et 628 ; XXIX, 146 et XXX, 152). J. B.

Ueber die functionnelle Prognose der Sehnennaht (Résultat fonctionnel des sutures tendineuses), par F. WOLTER (*Archiv f. klin. Chir.*, *XXXVII*, *fasc.* 1, *p.* 157, 1888).

Wolter expose d'abord que le pansement de Schede (caillot humide)

offre de remarquables avantages dans les cas de plaies tendineuses; puis il examine en détail, au point de vue du pronostic, la section des différents tendons.

1° Section des tendons du dos de la main. Dans les cas de section des extenseurs du pouce, le pronostic n'est pas très grave Souvent on obtient la réunion; lorsqu'on ne l'obtient pas, il suffit d'un rapprochement incomplet : on peut encore réunir le bout périphérique avec les radiaux. Les adhérences du tendon avec la peau, qui en d'autres points compromettent le résultat, sont ici excellents en raison de la mobilité de cette peau. Le pronostic est également assez favorable quand les tendons extenseurs des doigts sont sectionnés sur le métacarpe. La suture primitive et même la suture secondaire donnent de bons résultats. Mais les chances de succès sont beaucoup moindres quand la section porte au niveau du carpe. Lorsque cette section porte au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes, les deux bouts des tendons ne peuvent pas s'écarter en raison de leurs adhérences avec l'articulation, et le pronostic est particulièrement favorable. Il est beaucoup plus sérieux lorsque la plaie siège sur le dos de la première phalange. Après la suture, il peut se faire des adhérences avec l'os, qui compromettent le résultat. Il faut être très prudent dans l'avivement des extrémités. Le moindre raccourcissement du tendon extenseur peut compromettre la flexion.

2° Section des tendons de la face palmaire. — La section des tendons superficiels au niveau du carpe a un pronostic relativement favorable; mais il en est tout autrement lorsque les tendons du fléchisseur superficiel ou profond sont coupés. Le grand danger, c'est que tout le paquet des tendons soit enveloppé par la même masse cicatricielle. Le pansement sous le caillot humide est le meilleur moyen d'éviter ce danger. Le pronostic est moins grave quand la section est faite au niveau du métacarpe. Alors la suture secondaire elle-même donne de bons résultats. Au niveau des phalanges, la rétraction des tendons est peu considérable; cependant le pronostic est grave, parce qu'il s'établit presque toujours des adhérences entre le tendon et sa gaine. Il est moins grave lorsque la section porte au niveau de la première phalange.

3° Section des tendons du dos du pied. Dans deux cas observés dans le service de Schede, la suture fut faite et les mouvements se rétablirent parfaitement.

4° Rupture du tendon et du ligament rotulien. On ne sait pas, faute de faits, si la suture donnerait des résultats favorables.

5° Section du tendon d'Achille. Lorsque la section porte sur les 3 derniers centimètres de ce tendon, le pronostic n'est pas grave, même si on ne fait pas de suture; en effet, les extrémités du tendon ne s'écartent pas, en raison d'une disposition particulière de l'aponévrose d'enveloppe. Au contraire, lorsque la section porte plus haut, les extrémités sectionnées s'écartent beaucoup et la flexion active du pied ne peut plus être obtenue.

Dans ce cas, la suture secondaire a donné de bons résultats.

PIERRE DELBET.

I. — Luxatio capituli Ulnae volaris, par R. STIERLIN (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n° 22, p. 686, 15 novembre 1889*).

II. — Ueber seitliche Luxationen des Daumens (Luxations latérales du pouce), par Bessel HAGEN (*Arch. f. klin Chir., vol. XXXVII, fasc.* 3, *p.* 386).

III. — Ueber paralytische Luxationen der Hüfte (Luxations paralytiques de la hanche), par KAREWSKI (*Arch. f. klin. Chir., vol. XXXVII, fasc.* 2, *p.* 346).

IV. — Zwei Fälle von Arthritis... (Deux cas d'arthrite aiguë suppurée dans des articulations coxo-fémorales atteintes de luxations congénitales), par KRAUSE (*Cent. f. Chir., n°* 29, *p.* 94, 1889).

V. — Luxation congénitale du tibia droit en avant du fémur, par J. WOLFF et JOACHIMSTHAL (*Berlin. klin. Woch., n°* 42, *p.* 923, 21 *octobre* 1889).

VI. — Fall von beiderseitiger angeborener habitueller Luxation der Patella nach aussen (Double luxation congénitale, habituelle, de la rotule en dehors), par J. WOLFF et JOACHIMSTHAL (*Berlin. klin. Woch., n°* 42, *p.* 924, 21 *octobre* 1889).

VII. — Ueber eine seltene Form von Patellarluxation (Forme rare de luxation de la rotule), par Leo SZUMAN (*Cent. f. Chir., n°* 29, *p.* 101, 1889).

VIII. — Die Luxation der Fibula (Luxation du péroné), par K. HIRCHBERG (*Arch. f. klin. Chir., vol. XXXVII, fasc.* 1, *p.* 1, *p.* 198).

I. — Tillmans n'a pu trouver dans la littérature que 16 luxations de l'extrémité inférieure du cubitus en avant, et des chirurgiens d'une grande expérience, tels que Kœnig et Albert, n'en ont jamais observé de cas. Elle survient presque exclusivement par une torsion de l'avant-bras sur la main en supination forcée. En voici un exemple :

Ouvrier âgé de 66 ans. La veille au soir, en voulant replacer une courroie sur une poulie, la machine lui a saisi la main droite et tourné son avant-bras violemment en dehors. Gonflement diffus, modéré, de la région du poignet avec quelques ecchymoses. Aplatissement de l'endroit où normalement existe la saillie de la tête du cubitus. Raccourcissement du diamètre transversal de l'avant-bras, au niveau du poignet ; au contraire, augmentation d'épaisseur de la face dorsale à la face palmaire.

Tête du cubitus facile à sentir à la face antérieure de l'avant-bras, immédiatement au-dessus du pli du poignet, où elle forme une proéminence anormale qui soustend les tendons fléchisseurs. La flexion et l'extension modérées du poignet sont possibles ; la pronation et la supination sont impossibles ; les mouvements des doigts, l'extension surtout, un peu gênés.

Après chloroformisation, réduction facile par pression directe. La réduction s'est opérée avec un bruit appréciable ; maintien par des appareils contentifs. J. B.

II. — Bessel Hagen donne d'abord une observation détaillée, la première, dit-il, de luxation en dehors du pouce.

La lésion survint dans une rixe chez un homme de 28 ans. Voici quels étaient les symptômes. L'axe de la première phalange du pouce n'est plus sur le prolongement de l'axe du métacarpien. Il est obliquement dirigé de façon à former avec celui du métacarpien un angle obtus ouvert en dehors. En suivant la phalange de bas en haut, on constate que son extrémité supérieure ne correspond plus au métacarpien, mais qu'elle est située en dehors à peu près au milieu de cet os. Le pouce est en légère rotation, de telle sorte que la face dorsale regarde un peu en dehors. Entre le pouce et l'éminence thénar la peau fait un pli profond. Le raccourcissement est environ d'un centimètre et demi. Entre le pouce et l'index, au niveau de la commissure on sent facilement la tête du premier métacarpien. On peut produire des mou-

vements passifs d'adduction et d'abduction. Tous les autres mouvements sont limités. Les seuls mouvements actifs possibles sont ceux de flexion et d'extension de la dernière phalange. La réduction se fit facilement. Une forte traction dans la direction de l'abduction accompagnée d'une pression directe sur la base de la phalange ramena les os en place, bien que la chloroformisation ne fût pas complète. Dès que la réduction fut obtenue, tous les mouvements redevinrent possibles. Pansement immobilisateur. Trois semaines plus tard, on constata un élargissement considérable de la tête du métacarpien, élargissement dû à une prolifération osseuse au niveau de l'insertion déchirée du ligament latéral interne. Tous les mouvements s'accomplissaient intégralement et régulièrement.

En s'appuyant sur cette observation, Bessel Hagen essaie de donner une description didactique des luxations du pouce. Pour ce qui est du mécanisme, il admet qu'il faut pour produire cette luxation l'action combinée d'une force qui agit comme un levier dans le sens de l'abduction et d'une pression directe agissant dans le même sens sur l'extrémité supérieure de la première phalange. Le ligament latéral interne est complètement déchiré ; il en est de même des parties dorsales de la capsule : le ligament glénoïdien et les sésamoïdes suivent la phalange. Les parties externes de la capsule incomplètement détruites fixent la phalange déplacée. Tout ce qui a trait aux symptômes n'est guère qu'une paraphrase de l'observation. La réduction se fait d'après la manœuvre indiquée, et on ne voit guère ce qui pourrait y mettre obstacle. Le pronostic est favorable. Les mouvements se rétablissent intégralement.

III. — Karewski donne d'abord trois nouvelles observations de luxations de la hanche consécutives à des paralysies infantiles, deux luxations sous-pubiennes et une luxation iliaque. A la fin de son travail il ajoute une quatrième observation très intéressante en ce que la luxation (sous-pubienne) s'est produite chez un enfant qui n'avait jamais marché.

Voici les conclusions du travail :

1° La paralysie infantile peut entraîner des luxations spontanées de la hanche ; 2° les luxations paralytiques ne peuvent s'expliquer par la théorie de Hueter et de Volkmann. La théorie des antagonistes de Weber, ou la doctrine mixte de Seeligmüller, qui admet le rôle des antagonistes et des conditions mécaniques, les explique mieux ; 3° une luxation paralytique de la hanche ne peut se produire que si tous les muscles ne sont pas paralysés. Lorsque la puissance des rotateurs et des abducteurs l'emporte, il se fait une luxation sous-pubienne. Lorsque les adducteurs sont intacts, il se produit une luxation iliaque. Si la paralysie atteint tous les muscles, le membre devient mobile en tous sens comme une jambe de polichinelle ; 4° à la suite des paralysies infantiles, il faut lutter dès le début par des moyens appropriés contre la contraction musculaire.

IV. — Dans les quatre premières années de la vie, et même jusqu'à 10 ans, il n'est pas rare de voir survenir des inflammations suppuratives aiguës des grandes articulations en dehors de toute maladie infectieuse, en dehors du rhumatisme, de l'ostéomyélite, de la tuberculose et de la syphilis. Il se fait dans l'articulation un épanchement rapide accompagné de fièvre et de douleurs ; les parties molles se gonflent et rougissent, et si l'on n'incise pas, l'ouverture se fait spon-

tanément. Le pus est séreux, la synoviale rouge et tuméfiée. En général, la terminaison est heureuse; la guérison se fait sans ankylose. Dans deux cas que l'auteur a observés, cette affection est survenue dans des articulations coxofémorales congénitalement luxées. Dans le pus on trouve toujours et presque à l'état de pureté des streptocoques pyogènes.

PIERRE DELBET.

V. — Benno Schmidt et Carl Müller ont réuni 13 cas de luxation congénitale *unilatérale* du tibia; depuis lors, J. Wolff en a fait connaître un 14e chez une fillette de 7 ans qui, outre une laxité anormale de presque toutes les jointures, offrait une luxation antérieure irréductible de l'extrémité supérieure du tibia. Sur ces 14 cas, un seul concerne une luxation en arrière.

D'autre part, on connaît 12 cas de luxations congénitales bilatérales des tibias, dont 6 chez des morts-nés. Ces 12 luxations se décomposent en 8 antérieures, 2 postérieures et 2 internes. Presque tous les cas de luxations doubles étaient compliqués d'autres malformations congénitales.

Le cas de Wolff et Joachimsthal (15e) est une luxation unilatérale en avant. Il s'agit d'une fillette venue au monde sans opération obstétricale; durant la grossesse, sa mère n'avait éprouvé aucun accident, mais avait eu, au 3e mois, une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

Genou droit fortement recourbé en arrière; la cuisse et la jambe forment un angle obtus ouvert en avant, d'environ 130°. Dans le creux poplité, au-dessous de la peau tendue, font saillie les condyles fémoraux, tandis qu'en avant on perçoit l'extrémité supérieure du tibia. Au niveau de la rotule non perceptible, se trouve un sillon cutané assez profond. Le membre est raccourci d'environ 2 centimètres.

Un an plus tard, alors que l'enfant avait atteint l'âge de 15 mois, il s'était produit une certaine amélioration toute spontanée dans l'état des membres, en même temps qu'une tendance à la formation d'un genu valgum, et l'on découvrait avec quelque peine une rotule rudimentaire.

Dans la discussion, von Volkmann déclare avoir observé 2 cas de luxation congénitale complète du tibia en avant qui ont guéri par le seul traitement orthopédique. (*R. S. M.*, V, 684.)

VI. — En 1886, Ohrloff a pu réunir 18 cas de luxation congénitale de la rotule; depuis lors, Bessel Hagen en a publié 3 nouveaux exemples.

Dans le fait actuel, qui concerne un homme, l'affection est plus marquée du côté droit. Lorsque le malade est couché, on peut déplacer la rotule droite et l'amener jusque sur la face externe du condyle externe; dès lors le malade ne peut plus fléchir la jambe, jusqu'à ce qu'on ait remis la rotule en place. La fossette rotulienne est très étroite.

A gauche, on ne peut déplacer la rotule que jusqu'à l'extrémité externe de la face antérieure du condyle externe, mais ce déplacement suffit aussi pour rendre la flexion du genou impossible.

Quand l'homme marche sans genouillère, au bout de quelques pas, sa rotule droite se luxe en dehors et il est obligé pour pouvoir remarcher de la réduire. La luxation de la rotule gauche, durant la marche, est moins fréquente.

Comme dans la plupart des faits analogues, la descente des escaliers est beaucoup plus difficile que leur ascension; même muni de sa genouillère, le malade est obligé de descendre lentement, degré par degré, sinon sa rotule se luxe. (*R. S. M.*, XVI, 633.) J. B.

VII. — Un homme tomba, le 1er février 1888, sous le cylindre d'une ma-

chine, et fut apporté le jour même à l'hôpital. L'examen révéla une luxation de la rotule gauche dans l'articulation du genou. La peau était seulement excoriée. Les tentatives de réduction ayant échoué, on fit une incision sous la rotule comme pour la résection. Cet os était horizontalement placé entre le condyle externe et le tibia, sa surface articulaire tournée en haut. Le ligament rotulien etait à demi tordu et entraîné dans l'articulation, le tendon du triceps rejeté en dehors, la capsule déchirée. Le ligament latéral externe et les ligaments croisés étaient arrachés. La réduction ne devint possible qu'après la section du ligament rotulien. Drainage. Ablation d'une partie des ménisques altérés. Guérison en 5 semaines. Au bout de deux mois, le malade peut fléchir la jambe de 180 à 160°.

VIII. — L'auteur, après une revue bibliographique des cas publiés, étudie plus particulièrement les luxations de l'extrémité supérieure. Il a essayé de les reproduire expérimentalement sur le cadavre. Par aucun procédé il n'a pu y réussir tant que la capsule de l'articulation péronéo-tibiale était intacte. Après section de la totalité de la capsule il a obtenu des luxations en avant et en arrière de la manière suivante. Les diverses manœuvres de flexion, de torsion, etc., du pied ou du genou n'ont jamais amené de luxation en arrière. Cette dernière n'a pu être produite que par traction sur le biceps. Dans un cas, Hirchberg a réussi à produire une luxation en avant en faisant de l'adduction et de l'extension du pied accompagnée de flexion du genou. En dehors de ce cas unique, il n'a pu produire la luxation en avant qu'en exerçant des tractions sur les extenseurs des doigts.

En clinique, la réduction s'obtient facilement par pression directe, quand on a pris soin de relâcher les muscles. La contention est facile et le rétablissement complet, rapide, à la suite des luxations en avant. La guérison est plus lente après les luxations en arrière ; en outre, la contention a présenté des difficultés deux fois sur quatre. Il serait bon de maintenir le genou en flexion pour relâcher le triceps.

PIERRE DELBET.

Séparation sous-cutanée d'un fragment du biceps par traumatisme, par Jacques-L. REVERDIN (*Revue médic. Suisse romande*, *IX*, 162, *mars* 1889).

Homme de 34 ans, gaucher, ayant reçu, sur la région antérieure du bras gauche, le bord tranchant, à garniture métallique, d'une malle pesant 80 kilogrammes.

Reverdin le voit le 4e jour après l'accident : vaste ecchymose. Biceps gauche, comme ramassé en haut, mesurant 5 centimètres de moins que le droit et se terminant en bas abruptement; au-dessous, on sent un corps ovoïde élastique, du volume d'un petit pruneau, qui glisse sous le doigt ; on peut le faire descendre jusqu'au pli du coude ou le faire remonter au contact de la terminaison abrupte de la saillie bicipitale. Le corps ovoïde reste immobile dans les mouvements d'extension et de flexion qui sont indolores ainsi que le corps flottant lui-même.

Reverdin ramène le corps mobile au contact du bord inférieur du biceps, le maintient en place par un bandage et immobilise le membre dans un appareil plâtré. 8 jours plus tard, la petite tumeur paraît s'être fixée en place, le biceps ne se termine plus par une saillie abrupte.

Au bout d'une quinzaine, la longueur du biceps est redevenue la même au repos, mais pendant la contraction elle est déjà de 1/2 centimètre de moins pour le gauche dont la partie inférieure paraît moins épaisse qu'à droite. Suppression de l'appareil. Faradisation.

Douze jours plus tard, la différence de longueur entre les deux muscles était de 1 centimètre et, maintenant (14 mois après l'accident), elle atteint 4 centimètres. L'aspect du membre est frappant; le corps du biceps gauche est considérablement raccourci et il est évident à l'œil que toute la partie inférieure des fibres musculaires antérieures a disparu; le muscle se termine brusquement au milieu du bras; au-dessous, le doigt arrive sur une lame de tissu fibreux qui se termine en bas en se continuant avec le tendon. (*R. S. M.*, IV, 259 et XIX, 697.) J. B.

Ein Fall von Exarticulation im Hüftgelenk... (Désarticulation de la hanche après ligature de l'artère iliaque primitive), par POPPERT (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 29, *p.* 585, 1889).

La désarticulation de la hanche a été pratiquée par Rose pour un énorme sarcome de la cuisse chez un homme de 40 ans. Préalablement le chirurgien a atteint le tronc de l'iliaque primitive, grosse comme le doigt, et y a placé facilement une ligature. Pour éviter de retour du sang par l'iliaque interne il a lié également cette artère et la veine iliaque externe. Suture au catgut. Drain laissé dans la fosse iliaque.

Grâce à cette précaution, hémorragie peu abondante. Lotion phéniquée, suture à la soie, drainage, pansement au sublimé. Guérison rapide (un mois).

La tumeur était un sarcome à cellules fusiformes ayant débuté dans le fémur.

Bien que l'opération date de plus de 4 ans, il n'y a pas encore de récidive. L'auteur attribue cet heureux résultat à l'extirpation des ganglions lymphatiques altérés qu'il a pu effectuer en même temps que la ligature des artères. Ces ganglions, relativement petits et cachés, auraient échappé sans cette opération préliminaire. L. GALLIARD.

Ueber Morel-Lavallée's « Décollement traumatique de la peau », par R. KÖHLER (*Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie*, *XXIX*, *p.* 44).

Köhler consacre une étude complète à cette affection jusqu'ici peu étudiée en Allemagne et dont il a pu recueillir 22 observations personnelles dans les services de la Charité, à Berlin. Sa description clinique ne diffère point de celle de Morel-Lavallée, mais, au point de vue pathogénique, il insiste sur la différence qu'il y a entre les deux phénomènes connexes, mais souvent indépendants, le décollement et l'extravasation lymphatique. On observe fréquemment en effet, à la suite des traumatismes des extravasations lymphatiques sans décollement (Lymphœdème de Lesser), comme des décollements sans extravasation. — Le traitement des épanchements traumatiques de sérosité consistera à irriter la poche à l'aide d'un liquide antiseptique, de préférence la solution phéniquée à 5 0/0, après ponction ou incision large. DE SANTI.

Kyste hydatique du creux de l'aisselle, par DUBRUEIL (*Gaz. hebd. Montpellier*, *n°* 33, 1889).

Homme de 35 ans, vigoureux, bien constitué, entre à l'hôpital pour se faire débarrasser d'une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, siégeant dans l'aisselle, et dont l'origine remontait à 2 ans. Tumeur dure, légèrement bosselée, pas de fluctuation ni de frémissement hydatique, rien à l'auscultation. L'examen de la tumeur, celui du membre, enfin l'état général, amènent par exclusion à penser à un lympho-sarcome. Pendant l'opération,

le bistouri rencontre une portion moins dure, s'enfonce dans une cavité, et il s'échappe un flot de liquide ainsi qu'une membrane hydatique. La dissection de la membrane externe est achevée avec le bistouri, puis avec la curette de Volkman.

Un certain nombre de faits du même ordre ont été observés et publiés par P. Berger (*Semaine médicale*, 23 mai 1888). MOSSÉ

De l'apparition tardive des kystes dermoïdes, par ROLLET (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 27 *septembre* 1889).

Rollet rapporte douze observations de kystes dermoïdes, dont cinq ont été constatés dès l'enfance et opérés de la seizième à la vingt-huitième année, et dont les sept autres ne sont apparus que vers l'âge moyen de 23 ans. La question d'âge ne saurait donc, au point de vue du diagnostic, avoir une valeur aussi grande qu'on le pense généralement.

Dans le développement de ces kystes, il faut tenir compte de certaines causes occasionnelles, telles que la puberté, la grossesse et un traumatisme antérieur. Comme traitement, la seule intervention vraiment curative est l'ablation complète de la tumeur, alors qu'on a pris soin d'enlever totalement la poche; souvent, à cause des adhérences, pour obtenir plus facilement cette extirpation, il sera préférable de l'inciser suivant son plus grand diamètre et de la disséquer après l'évacuation de son contenu. Dans certains cas, l'excision complète peut être dangereuse, on se contentera de la vider et de panser antiseptiquement. OZENNE.

Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main, par LABOUGLE (*In-8°, Paris*, 1889).

L'auteur n'a pu réunir que 24 cas authentiques avec examen histologique de kystes épidermiques de la main. C'est d'après ces observations qu'il fait l'étude de ces tumeurs. Elles constituent en réalité une variété rare. Leurs caractères macroscopiques et microscopiques les rapprochent des kystes dermoïdes de la première variété de Lebert. La structure la plus fréquente de la paroi kystique est celle d'une enveloppe de tissu conjonctif tapissée à sa face interne d'un épithélium stratifié rappelant tous les caractères de l'épiderme. Cette structure peut présenter des anomalies depuis la simple enveloppe épithéliale à cellules cornées, jusqu'à la peau avec tous ses caractères. Le contenu est susceptible lui aussi de nombreuses variétés; il est d'ordinaire constitué par une desquamation des cellules épidermiques de la paroi et accessoirement par la dégénérescence granulo-graisseuse de ces mêmes cellules et même des fibres conjonctives de l'enveloppe.

La pathogénie fort discutée des kystes de la main peut être considérée comme double : 1. ces kystes reconnaissent comme origine une inclusion traumatique; 2. ces kystes reconnaissent comme origine une inclusion congénitale. F. VERCHÈRE.

Le doigt à ressort, par V. CARLIER (*Thèse de Paris, n°* 187, 1889).

Étude consciencieuse basée sur l'analyse de 105 observations, dont 23 inédites. L'auteur divise les doigts à ressort en deux grandes classes, idiopathiques et symptomatiques.

Le doigt à ressort idiopathique est d'origine nerveuse et appartient au groupe des spasmes fonctionnels. C'est la variété la plus fréquente.

Le doigt à ressort symptomatique comprend deux variétés, l'une vagino-tendineuse, résulte ordinairement de légères altérations du tendon ou de sa gaine, qui déterminent chez les sujets prédisposés un spasme fonctionnel; l'autre, ostéo-articulaire, assez rare, qui diffère complètement, au point de vue clinique, du doigt à ressort proprement dit, et n'est autre chose qu'une arthrite sèche.

En conséquence, c'est le spasme fonctionnel qui doit être considéré comme le phénomène primordial et nécessaire de l'affection.

Le traitement doit être différent pour chacune de ces variétés. DE SANTI.

I. — Fragment de balle inclus dans le cubitus pendant trente ans, par par E. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg*, 1er *décembre* 1889).

II. — Histoire de trois balles qui sont restées des années au milieu des tissus, par BONNAFONT (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 24 *décembre* 1889).

III. — Accidents du séjour de projectiles dans les tissus. Nécessité d'une intervention chirurgicale consécutive, par CHAUVEL (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 18 *janvier* 1890).

I. — St..., âgé de 53 ans, soldat en 1859, reçoit une balle qui pénètre par la face postérieure de l'avant-bras droit en rasant le cubitus entre son tiers supérieur et moyen, et sort au côté interne du bras un peu au-dessus du coude. Cicatrisation des plaies en 42 jours. Pendant 30 ans il peut exercer son métier de tanneur sans difficulté. En avril 1889, apparition de douleurs dans l'avant-bras, et quelques mois plus tard d'un phlegmon suivi d'une fistule par laquelle on reconnaît que le cubitus est denudé dans une assez grande étendue. Les tissus étant incisés, on constate que le cubitus, isolé de son périoste par une couche de pus, est renflé, poreux, et l'on y voit la trace d'une ancienne fissure transversale, dont émerge un morceau de balle resté incruste dans l'os. Guérison.

II. — 1° A la bataille de Waterloo, 2 balles viennent frapper le général T..., l'une à la poitrine et l'autre au nez ; cette dernière pénètre au fond de la fosse nasale droite. Immédiatement on essaie en vain de l'extraire, et quelque temps plus tard de nouvelles tentatives ne sont pas plus fructueuses. Ce ne fut qu'au bout de plusieurs années, durant lesquelles le blessé n'en souffrit pas trop, que la balle vint d'elle-même sortir.

2° En 1839, le colonel H... reçoit une balle qui pénètre également dans la fosse nasale. C'est en vain que l'on tente de l'extraire, et, comme dans le cas précédent, près de trois ans après l'accident, le projectile, qui avait été très bien supporté, quittait de lui-même la région nasale ;

3° A la bataille de Wagram, le général S... est atteint dans la région fessière du côté gauche, d'une balle, qui ne fut pas extraite. En 1839 elle était descendue jusqu'au niveau du genou, et un an après elle avait gagné le mollet, où on la percevait sous la peau. Durant ces pérégrinations, cette balle n'avait manifesté son changement de gîte que par quelques picotements.

III. — Chauvel rapporte les quatre faits suivants :

1° Un homme reçoit, le 1er février 1889, un coup de feu tiré à 40 mètres dans la cuisse droite, en arrière, non loin du fémur et près de la racine du membre : sous l'action de fatigues prolongées, il y eut une suppuration consécutive abondante, et les premières tentatives pour extraire le projectile, que le malade avait senti lui-même le jour de l'accident, n'amenèrent aucun résultat. Après avoir incisé dans la direction du trajet fistuleux, qui avait persisté, Chauvel, trois mois après l'accident, parvient à sentir, à 15 centimètres de l'ouverture extérieure, un corps dur, résistant, métallique. Son extraction en est facile, et l'on constate que c'est un morceau de fonte de fer,

d'un demi-centimètre de long sur 1 centimètre de large, aplati, irrégulièrement rectangulaire et couvert de rouille. Le trajet fistuleux est ensuite excisé, et malgré une cicatrisation lente, la guérison a été complète ;

2° Un malade, blessé en 1870 à la partie postéro-externe du creux poplité gauche par un projectile, qui donna lieu à une arthrite purulente et à une ankylose du genou, a pu marcher pendant 10 ans sans souffrir ; puis de nouvelles poussées inflammatoires, suivies de suppuration et de fistules, étant survenues, on résolut de pratiquer une résection articulaire. Aussitôt que la rotule, qui était unie au fémur, en fut séparée, on trouva une balle de fort calibre, qui, depuis 19 ans, avait séjourné dans les tissus spongieux du condyle du fémur. Les lésions de cet os étaient assez limitées, mais celles du tibia et du péroné étaient tellement étendues, que l'amputation nécessaire fut pratiquée dans les condyles du fémur. Le malade a guéri ;

3° Dans la troisième observation, un soldat est blessé au Tonkin par une balle qui l'atteint à la partie supéro-externe de la hanche gauche. La plaie se cicatrise ; mais 2 ans plus tard, il se forme un abcès et un trajet fistuleux siégeant à 5 centimètres au-dessus de la crête iliaque gauche et à 6 centimètres en arrière de l'epine iliaque antéro-supérieure. La fistule débridée permet d'extraire une esquille de un centimetre de large, et conduit sur une perforation de l'ilium, qui a dû donner passage au projectile. Aucune tentative n'est faite pour le rechercher plus profondément ;

4° Jeune homme blessé en 1870 d'une balle dans la région fessière. En 1882 on constate la dénudation de l'os iliaque et l'on enlève un petit fragment de plomb incrusté dans l'os et cause de la suppuration.

De ces faits, Chauvel conclut :

Que la tolérance des balles de plomb n'est pas aussi commune qu'on l'a dit.

Que l'extraction immédiate des projectiles ne doit pas être rejetée de parti pris, lorsqu'elle est facile et sans danger.

Qu'en présence d'accidents tardifs, on doit intervenir et aller à la recherche du corps étranger. OZENNE.

I. — Ein Fall von Prolapsus Cerebri nach complicister Schädelfractur (Fracture du crâne), par BOCKELMANN (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 34, *p.* 692, 1889).

II. — Rindenepilepsie nach penetriculer Schädelwunde ; Trepanation (Epilepsie corticale à la suite d'une plaie pénétrante), par KŒHLER (*Deutsche med. Woch.*, *n°* 46, *p*, 942, 1889).

III. — Abcès de la surface du cerveau du côté gauche provoquant une monoplégie brachiale droite. Trépanation, etc., par TERRILLON (*Bullet. de la Soc. de chir.*, *t. XV*, *p.* 555).

IV. — Contusion du cerveau dont les lésions anatomiques ne sont pas en rapport avec les données physiologiques, par TILLAUX (*Ibidem*, *t. XV*, *p.* 566).

V. — Trépanation pour hémorragie cérébrale ; série de trépanations, par J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (*Acad. de méd.*, 20 *août* 1889, *et Journ. de méd. et chir. prat.*, *octobre* 1889).

VI. — Hirnabcess durch Trepanation geheilten (Abcès cérébral guéri par la trépanation), par A. SAENGER (*Münch. med. Woch.*, 17 *septembre* 1889).

VII. — 4 cas de tumeurs intra-craniennes, par OPPENHEIM (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 2, *p.* 38, 13 *janvier* 1890).

VIII. — Die Behandlung der angebornen Cephalocelen... (Du traitement des encéphalocèles congénitales ; ablation d'une méningocèle occipitale volumineuse),

par **E. TRECHSEL** (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, n° 24, *p.* 743, 15 *décembre* 1889).

I. — Garçon de 6 ans présentant, à la suite d'une chute de 10 mètres, une fracture compliquée du frontal à gauche, avec enfoncement des fragments. Après l'extirpation des fragments la perte de substance a la dimension d'un thaler; on voit la dure-mère déchirée, la matière cérébrale ramollie; lavage, drainage, pansement antiseptique après suture de la peau.

Quelques heures après l'opération, grande agitation, T. 38°,7. Les jours suivants, fièvre, grincements de dents.

Le 5e jour, en changeant le pansement on constate que les sutures ont en partie cédé et que la peau est refoulée par la substance cérébrale herniée; on sectionne cette substance, drainage, pansement antiseptique, compressif.

Le 7e jour, hernie cérébrale de la grosseur d'un œuf de pigeon; exérèse au thermocautère Paquelin.

Le 9e jour, la substance cérébrale herniée atteint la dimension d'une petite pomme. Pas d'opération.

Le 11e jour, la tumeur a augmenté; elle grossit dans l'expiration ou quand le sujet crie. Pansement antiseptique. A partir de ce moment l'état s'améliore : l'enfant est calme; il n'y a pas de fièvre. On change le pansement tous les 2 jours.

Le 22e jour, l'enfant répond aux questions qu'on lui pose; il peut se mouvoir dans le lit.

Le 27e jour, évacuation de sérosité en grande abondance par deux orifices sur la tumeur. Drainage. Au bout de 8 jours la tumeur est couverte de granulations, elle diminue de volume; la cicatrisation fait bientôt des progrès.

Six mois après l'accident il n'y a plus trace de tumeur; la forme de la tête est normale. Pas de cicatrice osseuse. Les parties molles qui recouvrent le cerveau sont soulevées à chaque systole. L'enfant est bien portant, l'intelligence parfaite; pas de troubles de la motilité ni de la sensibilité.

L'auteur se félicite d'avoir respecté la tumeur et de s'être contenté du bandage compressif. L. GALLIARD.

II. — Homme de 33 ans recevant, le 5 mai 1888, un coup de sabre qui traverse le pariétal gauche; monoplégie du membre supérieur droit, paralysie du facial inférieur, aphasie légère. Pendant les 5 premiers jours, secousses convulsives des muscles parésiés. Cinq semaines après l'accident, premier accès d'épilepsie jacksonienne se renouvelant toutes les quatre ou cinq semaines. La plaie a guéri par première intention.

Trépanation le 7 juin 1889. Bardeleben reconnaît d'abord que la cicatrice croise les circonvolutions centrales, correspondant en haut à la frontale ascendante, en bas à la pariétale ascendante. Elle a 10 centimètres de longueur. La cicatrice osseuse est étroite, sans dépression; une ouverture pratiquée au milieu montre que le squelette est épaissi, la dure-mère adhérente. Le chirurgien agrandit l'ouverture jusqu'à ce qu'il rencontre l'os sain, c'est-à-dire qu'il enlève un ovale mesurant 4 centimètres de long et 3 de large. Lotions au sublimé; pansement à l'iodoforme. L'opération a duré 2 heures. Guérison par première intention.

Depuis l'opération (quatre mois) pas d'accès épileptiforme. La parésie du membre supérieur a disparu, l'opéré peut écrire; la parole reste lente, la langue un peu déviée à droite. L. GALLIARD.

III. — Chez un enfant de 13 ans qui avait présenté pendant quelques jours un état fébrile intense de nature mal déterminée se développa une collection de la fosse temporale gauche. L'aphasie avec hémiplégie brachiale droite et paralysie faciale sans paralysie de l'orbiculaire indiquait la présence d'une lésion de la circonvolution frontale ascendante. Aussi après ouverture large de la collection superficielle qui mit à nu 5 centimètres carrés

du temporal, Terrillon tenant compte des dimensions du crâne à l'âge de 13 ans fit une trépanation à 2 centimètres au-dessus de l'extrémité postérieure d'une ligne horizontale de 6 centimètres partant de l'apophyse orbitaire externe. Cette trépanation permit d'évacuer un foyer purulent siégeant sur la frontale ascendante et de poser d'une façon précise le diagnostic d'ostéomyélite aiguë du temporal. C. WALTHER.

IV. — Homme de 50 ans, renversé par une voiture; chute sur le front. Monoplégie brachiale droite et aphasie, aucun trouble de la vision ni de l'audition. Mort le 7e jour de pleuropneumonie. A l'autopsie intégrité absolue de la frontale ascendante et de la 3e frontale. Contusions sur la partie antérieure de la 1re et de la 2e frontale et sur la 1re temporale. Aucune lésion dans les noyaux centraux. C. WALTHER.

V. — Homme de 53 ans ayant eu 20 mois auparavant une hémorragie cérébrale qui a laissé de la parésie du membre inférieur droit, de la gène de la parole, une contracture de la main droite et des attaques épileptiformes. Ces signes indiquant le siège du foyer vers la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante, C. fit la trépanation; il trouva un foyer ocreux d'hémorragie ancienne qu'il nettoya, lava à l'acide phénique au 20e et au sublimé au millième. Un point de suture sur la dure-mère. Dix-sept points de suture pour la plaie cutanée.

Dès le lendemain, disparition de la contracture de la main; puis les jours suivants parole plus claire, intelligence meilleure, marche plus facile; éloignement des accès épileptiformes, un en 4 mois au lieu d'un par quinzaine. Ces résultats se maintinrent définitivement.

L'auteur rappelle la série des trépanations qu'il a faites; 9 pour vertiges et douleurs de tête; 4 pour épilepsie symptomatique de fracture du crâne; 2 pour douleurs suite de chocs craniens; 1 pour paralysie avec crises épileptiformes; 1 pour hydrocéphalie; 11 pour épilepsie idiopathique. A. C.

VI. — Le malade entra à l'hôpital parlant peu et d'une manière incompréhensible. Il se plaignait de douleurs de l'oreille gauche, qui était gonflée et présentait un écoulement. Température normale.

Le malade présentait comme signes d'abcès cérébral : 1° une aphasie sensorielle corticale. On localisa l'abcès dans le tiers postérieur de la première circonvolution temporale et on l'attribua à une lésion osseuse, consécutive à une otite moyenne suppurée, avec pachyméningite hémorragique; 2° comme signes de compression cérébrale on note du ralentissement du pouls, des vomissements et des lésions papillaires. On trepana le temporal et on rencontra l'abcès; la guérison était complète au bout d'un mois (les lésions papillaires et l'aphasie disparurent). P. TISSIER.

VII. — 1er *cas*. Femme ayant depuis 3 ans des vomissements, une céphalée violente, surtout gauche, du trouble de la vue, de l'engourdissement dans la moitié gauche de la face, l'ouïe dure de ce même côté, et depuis 6 mois un trouble de la marche. A son admission, Oppenhein note les phénomènes suivants : œdème des deux papilles, vertige continu, allure titubante avec tendance à tomber en arrière. Dans la station assise même, la tête et le tronc vacillent par défaut d'équilibre. A la suite des vomissements, il y a exacerbation des troubles visuels, nystagmus et paralysie des muscles qui meuvent le globe oculaire à gauche. Anesthésie de la moitié gauche de la face, spécialement des muqueuses buccale et nasale; absence du reflexe cornéen; affaiblissement du goût sur la moitié gauche de la langue; affaiblissement de l'ouïe du côté correspondant; anosmie. A l'intégrité des mouvements des membres succède plus tard un léger trouble de la coordination dans les membres gauches. La conscience n'était obnubilée que par intervalles, au moment des crises et vomissements. Pouls généralement accéléré à 120; au contraire,

respiration parfois ralentie (12). Percussion très douloureuse au niveau de la partie gauche de l'occiput. Un peu de raideur de la nuque. Puis survinrent une légère dysphagie, de la parésie de la moitié gauche du voile palatin, du trapèze gauche ; une contracture passagère du facial gauche et du masseter correspondant ; des convulsions, sans perte de la connaissance, tantôt dans les quatre membres tantôt seulement dans les droits.

Autopsie, tumeur de la face intérieure du cervelet du côté gauche, provenant de la région des lobules du bulbe et du pneumogastrique et comprimant les nerfs pneumogastrique, accessoire, glossopharyngien, facial, acoustique et trijumeau gauches qui sont en partie grêles et atrophiés, de même que la moitié gauche de la protubérance et du bulbe. Enfin une hydrocéphalie expliquait l'anosmie par la compression exercée sur les nerfs olfactifs par les parois ventriculaires dilatées.

2e *cas.* Double tumeur métastatique. Femme ayant depuis un an des étourdissements, des vomissements et de la céphalalgie. A l'entrée, on constate de l'œdème des papilles, de la sensibilité de la région occipitale, de la diminution de l'ouïe, une marche chancelante. Au bout d'un certain temps, survient brusquement de l'aphasie ayant les caractères de la paralysie et de la cécité verbale. Oppenheim diagnostique l'existence de deux tumeurs, l'une cérébelleuse, l'autre, au niveau de l'insula gauche ou de la première circonvolution temporale. Il fut confirmé dans cette opinion par la présence d'une matité au niveau du poumon droit ; il s'agissait donc vraisemblablement de tumeurs métastatiques intracraniennes. A l'autopsie, on trouva les deux tumeurs diagnostiquées ; elles étaient cancéreuses ainsi que l'affection pulmonaire. Immédiatement derrière la tumeur de l'insula se trouvait dans le lobe temporal gauche un kyste résultant aussi de la fonte d'une tumeur.

3e *cas.* Fait unique en son genre, et concernant une gaucherie acquise. Femme de 59 ans ayant depuis 2 ans des douleurs de tête ; il y a quelques semaines s'y sont joints un trouble de la parole et un affaiblissement de la moitié gauche du corps. A l'entrée, on constate de la cécité verbale avec paralysie, alexie et agraphie coïncidant avec une hémiplégie gauche, tandis que la céphalée se trouve au niveau de la région temporale droite qui est sensible à la percussion. La malade était devenue gauchère à l'âge de 17 ans seulement, à la suite d'un accident qui l'avait longtemps privé de l'usage de sa main droite. Peu à peu la femme devint somnolente ; il se produisit une hémiopie bilatérale gauche et une diminution de la sensibilité de la moitié gauche du corps. Dans les derniers jours de la vie seulement, il se fit un peu de névrite de nerf optique droit.

A l'autopsie tumeur de l'hémisphère droit, provenant de la couche optique et envoyant en dehors des prolongements jusque dans la région immédiatement sous-jacente à l'insula de Reil et dans la substance blanche du lobe temporal droit. Hémisphère gauche sain.

4e *cas.* Fait d'agraphie, longtemps isolée. Homme de 58 ans, se plaignant de ne plus pouvoir écrire, bien que tous les mouvements de son bras droit soient libres ; il accusait en outre de la céphalalgie fronto-sincipitale gauche et avait l'air un peu hébété, sans trouble notable dans la parole. Ultérieurement, apparaissent des vomissements, de l'hémiparésie droite, une légère diminution de la sensibilité du côté droit, une hémiopie homonyme bilatérale droite avec seulement de la rougeur anormale des papilles. Plus tard le malade eut de l'aphasie sensorielle et une alexie complète.

A l'autopsie, tumeur kystique à parois carcinomateuses ayant détruit le lobule pariétal gauche et cancer primitif du poumon. J. B.

VIII. — Enfant né en présentation de la face, ayant au-dessous de la tubérosité occipitale, une méningocèle grosse comme une tête d'enfant. Le pédicule

de la tumeur était cylindrique, très court et épais de 3 centimètres. Les téguments qui le recouvraient étaient transparents et si minces qu'ils semblaient prêts à se rompre. L'orifice osseux de l'écaille occipitale était vertical, long de 2 centimètres et très étroit. Les compressions exercées sur la tumeur ne provoquaient aucune modification du pouls ni de la respiration, aucun vomissement, aucune saillie des fontanelles. Le contenu était complètement liquide, ce qui fut vérifié par une ponction exploratrice.

Opération le 5e jour de la naissance, sans chloroformisation. Aspiration préalable des deux tiers du contenu. L'incision circulaire des téguments nécessite une vingtaine de ligatures veineuses. Ligature en masse du pédicule (par laquelle Trechsel regrette de n'avoir pas commencé) et ablation facile et rapide de la tumeur. Suture épinglée. La perte du sang avait été assez notable. Pas de suture du périoste.

L'enfant avait bien supporté les suites immédiates de l'opération. Mais le 6e jour, survint la diarrhée et le lendemain un vomissement unique. On ne put trouver de nourrice que le 8e jour après l'opération, mais l'enfant n'avait plus la force de teter, et il succomba à la fin du 9e jour, c'est-à-dire âgé de 14 jours.

La plaie était cicatrisée, à l'exception d'un point où restaient quelques sutures. Pas d'autopsie. (*R. S. M.*, VIII, 702; XIX, 451; XXXII, 186 et 581.)

J. B.

I. — Surgical operations for the relief of pressure paralysis in caries of the spine, par W. BULLARD et H. BURREL (*Boston med.*, *p.* 405, 24 *octobre* 1889).

II. — Warm soll der Tuberculöse Wirbelabcess geöffnet Werden ? (Quand faut-il ouvrir les abcès vertébraux tuberculeux?) par Julius DOLLINGER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 30, *p.* 513, 1889).

III. — Note sur un cas de lésions traumatiques de la moelle épinière, par GOMBAULT et WALLICH (*Archives de médecine, avril et mai* 1889).

IV. — Enchondrome lobulé du rachis, par VIRCHOW (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 44, *p.* 964, *et n°* 46, *p.* 1004, 4 *et* 18 *novembre* 1889)

V. — Resection von Rippenstücken aus deren Continuität oder einfache Rippenosteotomie in der schwersten Fällen von Skoliose, die ieder Behandlung trotzen (De la résection de tronçons des côtes et de l'ostéotomie costale dans la scoliose incurable), par von VOLKMANN (*Berliner klin. Wochenschrift*, *n°* 50, *p.* 1097, 16 *décembre* 1889).

VI. — De la suspension latérale dans le traitement des scolioses, par REDARD (*Gaz. méd. de Paris*, 18 *janvier* 1889).

I. — Un boucher de 44 ans entre à l'hôpital le 29 décembre 1888. Il y a 3 mois, il a commencé à souffrir dans le dos, les flancs et le ventre, de douleurs en ceinture. Depuis 3 semaines, les douleurs se sont étendues aux extrémités inférieures qui sont faibles et ne peuvent plus permettre la marche sans aide. État général excellent : rien d'anormal dans la poitrine, les organes internes, les extrémités supérieures, Dans le dos, gibbosité au niveau des 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales. La marche est encore possible avec une canne : quelques troubles dans la sensibilité et les réflexes du tronc et des membres inférieurs.

Le 1er février la paralysie a augmenté, gêne dans la miction, douleurs intenses. L'état s'aggrave progressivement, la paraplégie devient complète, les douleurs intolérables, et le 15 mars on intervient. Deux incisions de la 2e à la 7e dorsale sont réunies par une 3e incision horizontale sur l'épine de la 5e dorsale : les lames des 3e, 4e, 5e et 6e dorsales sont divisées. La moelle

semblait normale, sauf au niveau de la 5e vertèbre, où elle paraissait aplatie : un fragment de la lame de la 6e vertèbre, qui était rugueux, fut enlevé.

L'opération a duré 1 heure 45 minutes.

24 heures, après l'opération, la respiration devint difficile, et le patient mourut de cyanose et choc au bout de 36 heures.

Dans le commentaire qu'accompagne cette observation les indications et contre-indications de l'opération sont ainsi formulées :

Contre-indications : 1° mauvais état général : 2° l'existence d'autres foyers de tuberculose; 3° l'existence d'un abcès en relation avec les os cariés et qui pourrait être évacué par un autre moyen ; 4° l'exacerbation aiguë des symptômes médullaires, lorsqu'ils ne menacent pas l'existence.

Indications : Bon état général : marche graduelle et lente de l'affection vers une terminaison défavorable : perte plus ou moins complète de la motilité et sensibilité dans les parties du corps situées au-dessous de la lésion, incontinence de l'urine et des matières fécales, — quand cet état dure depuis trop longtemps pour qu'on puisse espérer une guérison spontanée, mais toutefois état pas assez ancien pour que la moelle ait perdu le pouvoir de recouvrer ses fonctions. — Enfin l'existence des symptômes aigus menaçant l'existence, lorsqu'on peut espérer faire cesser les accidents en enlevant l'agent de la compression. MAUBRAC.

II. — J. Dollinger défend sa méthode qu'il a déjà exposée dans les journaux hongrois et qui a été violemment attaquée par A. Lorenz. Il résulte de son expérience personnelle que les injections iodoformées n'ont sur les foyers de tuberculose osseuse qu'une influence insignifiante. Aussi il ne les emploie plus que dans les cas où les symptômes lui permettent de supposer que l'os est guéri et que l'abcès existe seul. Mais toutes les fois qu'il existe en même temps qu'un abcès des symptômes d'inflammation osseuse, il fait immédiatement l'incision sans attendre que l'abcès soit venu au contact du ligament de Fallope. Il fait juste au-dessus de la crête iliaque une incision qui commence à l'épine iliaque antérieure et supérieure et qui se prolonge de 5 à 8 centimètres en arrière. Après avoir traversé les muscles, on arrive sur la paroi de l'abcès, qui est incisée. La membrane pyogénique est soigneusement nettoyée avec de la ouate imbibée de sublimé. Puis il fait avec un gros trocart courbe une contre-ouverture au niveau du bord externe du carré des lombes. L'opération est très simple, et Dollinger n'a jamais eu aucun accident en la pratiquant. Il est inutile de trépaner l'os iliaque. PIERRE DELBET.

III. — L'observation rapportée par les auteurs fournit un exemple des accidents qui peuvent accompagner primitivement et tardivement un traumatisme portant sur le système nerveux. Elle montre qu'après la disparition des accidents graves du début, on peut voir survenir ultérieurement d'autres accidents à évolution lente et progressive. Au point de vue anatomique, elle montre comme conséquence éloignée d'un traumatisme médullaire, une sclérose systématique de la moelle épinière. Le développement de cette sclérose doit être attribué pour une part importante aux lésions diverses qui se sont produites, au moment de la chute, sur les racines postérieures par le mécanisme de l'élongation.

Les auteurs ont pu étudier dans les nerfs périphériques l'état dit de régénération, coïncidant non pas avec un retour, mais avec un trouble progressif des fonctions se traduisant principalement par des troubles

trophiques. De cette coïncidence, ainsi que d'un certain nombre de particularités d'ordre anatomique, ils ont cru pouvoir conclure que l'état de régénération devait être considéré, au moins dans leur fait, comme pathologique. Pour eux, il représente une lésion véritable, correspondant à l'une des phases de la névrite. RICHARDIÈRE.

IV. — Tumeur enlevée par Bardeleben sur un homme de 65 ans, qui en avait remarqué les débuts, il y a 8 ans, sous forme d'une nodosité de la grosseur d'une prune, à 7 centimètres à droite du rachis et à un travers de main au-dessous de l'omoplate. Dès lors, la tumeur ne fit que s'accroître vers l'extérieur et l'intérieur. Au commencement de l'année la marche était devenue impossible et depuis quelques mois étaient survenus de la paralysie vésicale et d'autres phénomènes indiquant une compression de la moelle.

Au moment de son ablation, la tumeur, qui avait 29 centimètres de long, siégeait sur le col des 7e et 8e côtes. Il fallut la détacher des arcs vertébraux dans l'intervalle desquels elle pénétrait, en recouvrant les apophyses épineuses des vertèbres thoraciques voisines.

Cette tumeur se compose d'un agrégat serré de lobules, provenant de granules, les uns minuscules les autres ayant les dimensions de gros pois ou de petites cerises.

L'intérêt de cette forme lobulée d'enchondrome, à part son siège très rare, tient à ce qu'il ne s'agit pas d'un néoplasme simple, à développement continu, mais d'incessantes éruptions se faisant à la périphérie, ayant chacune leur histoire propre et finissant par donner lieu à une masse bosselée qui, vue de l'extérieur, semble résulter d'une tumeur unique. C'est donc un développement analogue à celui des tubercules et du cancer. Quant à la texture intime, on trouve du cartilage hyalin dans les endroits où le développement a été un peu énergique, et du cartilage plus ou moins fibreux, vers la base et vers certains points de la périphérie.

L'opéré de Bardeleben ayant succombé on a constaté que la tumeur envoyait un prolongement dans la cavité thoracique sous forme d'une nodosité fixée sur la plèvre costale. A l'intérieur du canal vertébral se trouvait également une tumeur adhérente en arrière à la dure-mère autour de laquelle elle s'était développée en comprimant fortement la moelle.

La question délicate est d'établir le point de départ du néoplasme. Les corps des vertèbres étaient sains, bien qu'au milieu de leur face postérieure, à l'endroit où pénètrent normalement des vaisseaux, ils recouvrent un petit prolongement de l'enchondrome. Un point osseux reliait les sommets des deux apophyses épineuses attenant au néoplasme. A l'intérieur et autour de ce point, se trouvaient des masses enchondromateuses dont la périphérie au voisinage de la base, semblait avoir été le lieu du départ de la tumeur. Quant aux arcs vertébraux, suspectés pendant l'opération, ils étaient intacts. J. B.

V. — Il s'agit d'une fillette ayant, du côté gauche, une scoliose lombaire primitive très accusée et du côté droit une courbure compensatrice du rachis; l'enfant a subi un arrêt de développement. La difformité lombaire était si considérable qu'elle était visible et encore mieux tangible à travers les vêtements bouffants. La 12e côte gauche formait saillie au point de soulever la peau en doigt de gant. Anémie extrême et nervosisme.

Avant d'être soumise au traitement orthopédique, l'enfant subit des

massages prudents, des affusions froides, de légers exercices gymnastiques; puis on lui appliqua le corset plâtré de Sayre. Au bout de 6 mois, il y avait une amélioration notable, mais la saillie des côtes était la même; pour y remédier, Volkmann fit une opération portant sur les 3 dernières côtes. De la dernière de toutes, il enleva simplement l'extrémité libre, sur une étendue assez considérable. Des deux placées au-dessus, il réséqua un tronçon correspondant à la saillie angulaire qu'elles formaient. La réunion de la plaie verticale des téguments eut lieu par première intention. Immédiatement après on appliqua, durant le jour, un corset de Sayre, tandis que la nuit on soumettait le côté malade à une extension afin d'écarter les côtes imbriquées.

Quelques jours plus tard, von Volkmann a pratiqué une opération analogue chez un malade qui présentait déjà une gibbosité costale à angle aigu. A l'aide d'un incision longitudinale, il a enlevé de gros tronçons des 7 côtes les plus inférieures. J. B.

VI. — Le but que l'on se propose, par l'emploi de la suspension latérale dans le traitement des scolioses, est d'obtenir un relâchement des articulations et une mobilisation de la partie de la colonne vertébrale déviée et rigide. Les appareils primitifs n'atteignaient qu'imparfaitement ce but; Redard, au moyen d'un appareil perfectionnné dont il donne la description, a obtenu les résultats suivants.

De l'examen de ses observations (de 1887 à 1890) il résulte que cette méthode convient surtout dans les scolioses du premier degré. Dans les scolioses rigides du deuxième degré on doit agir plus énergiquement et pendant plusieurs mois. Les résultats sont moins brillants. Cependant, dans quelques cas de scolioses graves, à marche rapide, il a pu modifier la rigidité de la colonne vertébrale et obtenir un redressement important au bout de 8 à 10 mois de traitement. On doit maintenir la mobilisation et le redressement au moyen de bandages amovibles (corsets plâtrés).

Pour les scolioses anciennes, rigides, la suspension latérale est inutile, dangereuse.

Cette méthode réussit surtout chez les enfants, dont les articulations sont lâches, les os flexibles, si l'on a soin d'y joindre des exercices gymnastiques spéciaux. OZENNE.

A propos des névroses dites traumatiques, par L. LÖWENFELD (*Münch. med. Woch.*, 17 *septembre* 1889).

L'auteur a surtout pour but, dans ce travail, de rechercher la place nosologique des accidents que l'on a rangés sous le nom commun de névroses traumatiques. Après avoir résumé les opinions d'Oppenheim et de Strümpell d'une part et celles de Charcot de l'autre, Löwenfeld groupe les divers cas en trois groupes :

1° Cas avec symptômes neurasthéniques purs ;

2° Cas avec symptômes hystériques ou hystéroneurasthéniques ;

3° Cas où il existe des symptômes ne rentrant ni dans la neurasthénie ni dans l'hystérie, avec ou sans mélange avec les symptômes de ces deux dernières maladies.

Il rapporte un cas typique rentrant dans le premier groupe, dans lequel les accidents neurasthéniques viennent chez un homme de 31 ans jusque-là sain.

Les cas de la seconde catégorie lui paraissent bien moins nombreux

que ceux de la première, en ce sens qu'il s'agit presque toujours d'accidents hystériques associés à des accidents neurasthéniques.

Les symptômes particuliers dans les cas du troisième groupe sont l'atrophie du nerf optique, l'immobilité pupillaire, les troubles graves du côté de la vessie, la diminution de l'intelligence, les accès épileptiques et certains troubles trophiques. Les trois premiers symptômes sont plutôt imputables à une lésion anatomique et ne rentrent guère dans le domaine des névroses traumatiques que comme complications. Les accès épileptiques sont rares, les troubles trophiques le sont encore plus (chute des cheveux, vieillesse des traits du visage (Shepp), développement du corps thyroïde (Löwenfeld).

Y a-t-il des symptômes caractéristiques des névroses traumatiques? L'auteur n'en trouve que deux, sur lesquels on puisse faire fonds : 1° La fréquence des troubles psychiques (hypochondrie, mélancolie); 2° la gravité, l'incurabilité fréquente. Mais des troubles psychiques analogues se voient souvent (Charcot) dans la neurasthénie et dans l'hystérie mâle. Relativement au second point, Löwenfeld croit que l'on considère trop exclusivement les cas graves et que les cas dans lesquels existent des symptômes de moindre gravité disparaissant plus ou moins rapidement sont encore les plus nombreux. En outre, on voit encore quelquefois les symptômes s'amender dans les formes graves et ne rencontre-t-on pas des cas d'hystérie et de neurasthénie qui résistent à tout.

L'étiologie peut-elle justifier l'isolement des névroses dites traumatiques : 1° Il y a des cas de névrose traumatique sans traumatisme; 2° avec traumatisme périphérique; 3° avec traumatisme de la tête ou de la colonne vertébrale. Dans tous les cas, il faut tenir compte du traumatisme psychique. La grande variété des causes des névroses traumatiques rend nécessaire un autre facteur : la prédisposition neuropathique de telle sorte qu'en dehors de l'ébranlement mécanique du système nerveux, les conditions étiologiques des névroses traumatiques rentrent dans celles de l'hystérie et de la neurasthénie.

L'étude de la physiologie pathologique de l'affection ne donne pas plus d'argument précis; de sorte que l'individualisation des névroses traumatiques ne semble nullement nécessaire.

Il suffit, pour classer les cas si divers des névroses dites traumatiques, d'ajouter l'épithète de traumatique à la dénomination de neurasthénie, d'hystérie, etc., suivant les cas. P. TISSIER.

I. — Aneurysme der linken Arteria radialis, par HOCHENEGG (*Soc. des méd. de Vienne*, 25 *octobre* 1889).

II. — Ein Fall von Embolie der Arteria radialis, par Theodor ROSENHEIM et LITTEN (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 9, *p.* 175, *et* 191, 4 *mars* 1889).

III. — Grosses Axillar-Aneurysma durch einen Echinokokkus der Gefässcheide verursacht (Volumineux anévrisme axillaire dû à un kyste hydatique de la gaine vasculaire, par R. KOEHLER (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 49, *p.* 1077, 9 *décembre* 1889).

IV. — Anévrisme spontané du pli du coude chez un cardiaque albuminurique, par PLUYETTE (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, *t. XV*, *p.* 509).

V. — Extirpation d'un anévrisme de l'artère axillaire, par BARDELEBEN, (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 50, p. 1097, 16 décembre 1889*).

VI. — Traitement des anévrismes des membres par la ligature antiseptique, par J. BŒCKEL (*Gaz. méd. de Strasbourg, 1er décembre 1889*).

I. — Forgeron ayant reçu à l'avant-bras gauche un éclat de fer, au mois de juillet; guérison de la plaie. Au mois de septembre, se forme un anévrisme qui est opéré, le 10 octobre, par la méthode d'Antyllus. Après division du sac, on ne trouve que la lumière du bout périphérique de la radiale ; celle du bout central échappe. On extirpe le sac et on voit alors le bout central oblitéré par le corps étranger.

Il faut admettre que le morceau de fer ayant complètement divisé l'artère, le bout central s'est rétracté, thrombosé et complètement oblitéré tandis que le bout périphérique, alimenté par la circulation collatérale, devenait le siège de l'anévrisme. Cette lésion a été préparée par une irritation de la paroi artérielle. L. GALLIARD.

II. — Homme de 45 ans, pris brusquement de crampes épigastriques, de dyspnée, de papillotages oculaires, enfin de tiraillements et d'engourdissement dans le bras gauche.

Au bout d'une heure, cessation de tous les troubles qui se reproduisent 8 jours plus tard en s'accompagnant de gêne de la parole durant une demi-heure.

Dès lors, il subsiste dans le membre supérieur gauche un sentiment d'engourdissement et de froid et de la faiblesse de la main correspondante. Au pli du coude se développe une tumeur grosse comme un œuf de pigeon et très douloureuse au toucher et dans les mouvements.

Rien d'anormal au cœur. Urines normales.

Du côté gauche, le pouls radial manque; l'extrémité de ce membre est plus pâle et plus froide. Aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité.

Dans l'angle formé par le long supinateur et le rond pronateur on sent un cordon dur, long de 2 centimètres, gros comme une plume d'oie, douloureux à la pression, qui se perd insensiblement dans le long supinateur.

Le pouls de l'artère cubitale, au tiers inférieur de l'avant-bras, est beaucoup moins fort que du côté droit.

Au bout de quelques semaines le pouls radial était reconnu appréciable.

Rosenheim admet l'existence d'une embolie remontant jusque dans l'artère humérale, tandis que Litten croit à une endartérite.

III. — Ouvrier âgé de 25 ans, pris brusquement, en pleine santé, de diplopie et de fourmillements dans tous les membres.

Absence de pouls au niveau des radiales et de l'humérale gauche. Les artères humerale et radiale gauches forment un tuyau rond, remarquablement dur. Diminution de la sensibilité des deux avant-bras. Le bras gauche est moins chaud que le droit.

Quelques jours plus tard, apparition de marbrures sur les mains et le pied droit ; puis gangrène de la pulpe de l'index et de l'auriculaire gauches. Dans le bras gauche, douleurs vives et continues; dans le droit, douleurs moins fortes et seulement par instants.

Un mois après le début des accidents on constate l'existence, au niveau de l'artère axillaire gauche, d'un anévrisme gros comme un œuf de pigeon et qui, dans le cours d'une huitaine, dépasse déjà le volume du poing. Ligatures successives de la sous-clavière, au-dessus de la clavicule (les pulsations étaient très faibles), et de l'humérale, immédiatement au-dessous de l'anévrisme.

L'anévrisme était bondé de masses brunes et englobé dans un tissu, partie

calleux, partie gélatineux. La partie inférieure du sac était entourée d'un tissu fibreux. Le nerf médian qui passait sur le sac, était aplati et infiltré d'extravasats sanguins. Dans les tentatives pour isoler la portion moyenne de l'anévrisme, le doigt pénètre dans le sac qui était, à ce niveau, mince comme du papier. Pas trace de caillots sanguins contre les parois du sac. Tamponnement. Guérison.

En changeant le pansement, on trouve, adhérente au tampon qui remplissait le sac anévrismal, une vésicule hydatique de la grosseur d'une noix.

Koehler est d'avis que c'est cette hydatide qui a amené la production de l'anévrisme par le mécanisme suivant :

L'embryon d'échinocoque est parvenu dans le réseau des vasa vasorum de l'artère axillaire gauche, lequel s'épanouit surtout dans la tunique musculeuse de la gaine vasculaire ; là il s'est fixé et développé en vésicule qui s'est entourée d'une capsule conjonctive, ainsi qu'on l'a remarqué à la partie inférieure du sac anévrismal où a débuté la tumeur. En s'accroissant. la vésicule hydatique a érodé la tunique interne du vaisseau et s'est finalement rompue en mêlant son contenu au sang de l'artère. C'est ce qui a eu lieu le jour où sont apparus la diplopie et les fourmillements. Cette vésicule n'est pas restée stérile, car on a trouvé quelques crochets appendus à la couche parenchymateuse de la vésicule.

Dans la discussion, von *Volkmann* déclare se rallier à l'interprétation de Koehler.

Von *Bergmann* rappelle que les gros kystes hydatiques solitaires du cou et des membres siègent, avec une sorte de prédilection, au voisinage immédiat des tissus artériels, ainsi que Hansen (*R. S. M.*, III, 732) en a signalé des exemples. (*R. S. M.*, XVII, 155 ; XXVIII, 300.) J. B.

IV. — Homme de 28 ans. Cardiaque (insuffisance aortique) albuminurique. Anévrisme spontané du pli du coude gauche. Tentative infructueuse d'application d'une compression mécanique sur l'artère humérale. Puis, compression digitale intermittente ; la tumeur durcit, mais il se produit une escharre à sa surface ; frisson et fièvre.

La rupture de l'anévrisme étant imminente, opération sans anesthésie chloroformique à cause de l'insuffisance aortique : application de la bande d'Esmarch, ligature de l'artère au-dessus de l'anévrisme ; ablation de la bande d'Esmarch, ouverture de la poche et application d'une pince à demeure sur le bout inférieur dont la ligature est impossible. Après quelques accidents de suppuration, le bras est tout à fait guéri au bout de 50 jours.

Mais le malade succombe dix jours après aux progrès de l'affection cardiaque. C. WALTHER.

V. — Bardeleben présente un homme de 53 ans auquel il a enlevé une tumeur anévrismale de l'artère axillaire droite, de la grosseur d'un œuf de pigeon. Depuis 30 ans, ce malade était obligé de se servir d'une béquille à cause d'une contracture du genou droit. Souvent il avait ressenti des picotements dans la main droite, lorsqu'il y a quelques mois, il sentit son bras droit comme paralysé.

L'opération a consisté en : 1° ligature de l'artère axillaire au-dessus de l'origine de la sous-scapulaire ; 2° ligature de l'artère axillaire au-dessous de l'anévrisme avec excision d'une tumeur adhérente de la veine axillaire ; 3° ligatures successives et distinctes des artères sous-scapulaire, circonflexes antérieure et postérieure ; 4° extirpation de la tumeur. Il fallut en isoler le nerf cubital et la racine postérieure du médian.

La plaie guérit par première intention.

Depuis l'opération sous l'influence des courants d'induction, les troubles paralytiques se sont considérablement atténués, mais on ne sent toujours pas le pouls de la radiale, 3 mois après l'opération.

Dans la discussion, von Volkmann trouve qu'on a beaucoup exagéré le rôle de l'athérome artériel dans la genèse des anévrismes. Il est facile de le démontrer à l'aide des statistiques. L'endartérite déformante est une affection des âges avancés, tandis que les anévrismes que les chirurgiens ont à traiter, se trouvent le plus souvent de 40 à 50 ans et quelquefois plus tôt.

Le rôle principal dans la genèse des anévrismes appartient aux influences mécaniques et à des troubles nutritifs de nature inconnue. Les anévrismes se rencontrent surtout au niveau des articulations, dont la flexion enclave le tube artériel (creux poplité, coude, aine), puis au niveau des vertèbres cervicales, dont la mobilité latérale est si grande (carotide), enfin au niveau des points où en raison d'une courbe de l'artère, l'onde sanguine rencontre un obstacle (crosse de l'aorte, tronc brachiocéphalique).

D'autre part, le rôle joué par l'état général de la nutrition, la manière de vivre, le climat, etc., ressort de la plus grande fréquence des anévrismes en certains pays, tels que l'Angleterre. Dans d'autres pays, en revanche, les anévrismes externes, poplité, inguinal, sous-clavier, cubital, carotidien, sont extrêmement rares.

Les lésions athéromateuses peuvent d'ailleurs être secondaires. Il est arrivé à Volkmann d'observer des anévrismes ayant une origine traumatique indubitable mais très ancienne, dont le sac, formé secondairement, avait une paroi interne complètement athéromateuse. J. B.

VI. — G. Bœckel rapporte trois observations d'anévrismes externes, dont deux spontanés et un traumatique, traités avec succès par la ligature antiseptique.

Dans le premier cas, il s'agit d'un anévrisme spontané circonscrit du pli du coude, développé chez un jeune homme de 25 ans. Différents traitements ayant échoué, on pratique la ligature de l'humérale au-dessus de la tumeur. Guérison sans accidents.

Le deuxième fait concerne un homme de 56 ans, atteint d'un anévrisme circonscrit de la poplitée. La compression par la méthode de Reid n'ayant pu être supportée, on procède à la ligature de la fémorale à la base du triangle de Scarpa. L'opération n'est pas suivie de succès. 20 jours plus tard, l'anévrisme étant mis à découvert, deux fils de catgut sont placés sur l'artère à deux centimètres et demi au-dessus et au-dessous de la tumeur. Guérison et disparition totale de l'anévrisme constatée deux ans plus tard.

La troisième observation a trait à un vieillard de 75 ans, qui, à la suite d'une chute sur un tronçon d'arbre, présenta les symptômes d'un anévrisme de la fémorale à la partie moyenne de la cuisse. Bien que la suppuration eût envahi la poche, on tenta, à cause de l'âge du malade, la ligature de la fémorale le plus haut possible pour favoriser la formation rapide des caillots ; trois semaines plus tard, la tumeur fut incisée et vidée de son contenu, pus et caillots. Guérison. OZENNE.

Transplantation du corps thyroïde sur l'homme, par LANNELONGUE (*Bull. méd.*, 9 *mars* 1890).

L'ablation du goitre amenant le myxœdème, l'état crétinoïde, Lannelon-

gue a pensé qu'en greffant des fragments de cette glande chez des sujets atteints de myxœdème, on pourrait peut-être enrayer la maladie. Chez une jeune fille de 14 ans, ne présentant pas trace de thyroïde et ayant tous les caractères du myxœdème, il a greffé les deux tiers du lobe gauche du corps thyroïde d'un mouton sacrifié à l'instant de l'opération. On choisit pour le point de greffe, la région latérale et inférieure du thorax; le corps thyroïde débarrassé de sa capsule fut inséré sous la peau et la plaie guérit par première intention. A. C.

De la résection totale des os de la face, par PÉAN (*Bull. de l'Acad.*, 14 *janvier* 1890).

Femme de 22 ans, atteinte depuis 9 ans d'ostéofibromes multiples de la face, consécutifs à des hétérotopies dentaires. En novembre 1888, la face était hideuse; le maxillaire supérieur gauche, plus gros que le droit, avait le volume d'une tête de nouveau-né; l'inférieur était tuméfié; les joues, les paupières, le nez étaient refoulés; les cavités buccales, orbitaires, nasales, ainsi que les arrière-narines, étaient obstruées; les arcades alvéolaires étaient épaissies, et les dents étaient mobiles et déviées. La mastication, la déglutition, la phonation et la vision étaient gênées. Le 14 décembre, la face antérieure des maxillaires étant mise à nu, et les tumeurs bien découvertes, les maxillaires supérieurs, les molaires les apophyses ptérygoïdes, les cloisons naso-orbitaires et le plancher des orbites sont rapidement enlevés; on résèque ensuite la lame compacte inférieure du sphénoïde, dans le tissu spongieux duquel on trouve une petite molaire. C'est cette hétérotopie dentaire qui, probablement, a été la cause du néoplasme. Six semaines après cette opération, on procède à l'ablation du maxillaire inférieur, au niveau du bord inférieur duquel on découvre une dent canine, couchée transversalement. Réunion des plaies par première intention. Pas de récidive, quatorze mois après cette double opération. Placement d'un appareil prothétique. Cette opération montre que l'ablation totale du squelette osseux de la face peut être faite avec succès et qu'il est possible de corriger par la prothèse, la déformation et les troubles fonctionnels qui en résultent. OZENNE.

Ueber einen seltenen Tumor der rechten Wange (Tumeur rare de la joue), par BARTELS (*Berliner klinische Wochenschrift*, *n°* 52, 30 *décembre* 1889).

Femme âgée de 60 ans. Début de la tumeur il y a 30 ans, près de la commissure labiale droite; accroissement lent mais continu, sans douleurs ni gêne. Il y a deux ans, à la suite d'une blessure de peigne, hémorragie abondante suivie de suppuration profuse et d'une fistule persistante. Dans les quatre derniers mois, développement très rapide. Cette tumeur occupe toute la portion buccinatrice de la joue droite, s'implantant par une large base dans les parties molles de la joue. Elle a la forme d'une grosse pomme très allongée; sa base s'étend de l'arcade zygomatique jusqu'un peu au-dessous de la commissure labiale et du sillon naso-labial jusqu'au bord antérieur du masséter.

A la partie inférieure, la peau glisse librement sur la tumeur, mais autour de la fistule, il y a des adhérences au tissu sous-jacent. La tumeur est indolore, de consistance réitente, élastique, ne se confond nulle part avec les os et fait proéminer un peu la muqueuse génienne dans la cavité buccale. Ganglions sous-maxillaires tuméfiés des deux côtés, ce qui tient à la suppuration du voisinage.

Enucléation laborieuse et très sanglante de la tumeur. Anaplastie de l'énorme perte de substance. Réunion en six jours, à l'exception d'une place au voisinage de la commissure labiale, qui suinte encore au bout de deux mois.

Examen de la tumeur par R. Virchow. Au milieu d'un centre formé par du cartilage fibreux presque pur, amas d'utricules glanduliformes avec trame télangiectasique; par-ci, par-là, la tumeur, qui est très pigmentaire, présente des points tout à fait mélaniques; son caractère malin s'accuse par l'irradiation d'un certain nombre de nodosités secondaires.

Bartels ne connaît pas de cas complètement analogue au sien. D'ailleurs, à part les épithéliomes, les tumeurs des parties molles de la face sont assez rares. Le fait de Bartels est le dix-neuvième. Parmi les malades, dont le sexe est indiqué, on trouve 12 hommes et seulement 4 femmes. Ces tumeurs siègent sans préférence marquée sur l'une ou l'autre joue. A part un nouveau-né, tous les malades étaient des adultes. Généralement, la tumeur était de date ancienne; dans un cas, elle remontait à quarante-trois ans. On y rencontre les espèces les plus diverses, mais la plus fréquente est le lipome (7 purs et 1 angiolipome); qu'on prend souvent pour des kystes et qui a son point de départ dans le lobule graisseux de la fosse canine. Le lieu d'origine des fibromes et sarcomes doit être cherché dans les tractus du tissu conjonctif de la joue. Les enchondromes, adénomes et tumeurs mixtes qui en dérivent, proviennent vraisemblablement des petites glandes signalées par Henle, Sappey, etc., autour du canal de Sténon, à l'endroit où il s'enfonce dans la muqueuse génienne. J. B.

Note sur un procédé particulier de restauration de la cavité buccale après résection du maxillaire supérieur, par LEPRÉVOST, rapport par HORTELOUP (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 549).

Pour éviter l'application toujours difficile des appareils prothétiques destinés à oblitérer la perte de substance que laisse la résection du maxillaire supérieur, Leprévost a imaginé le procédé suivant :

Après l'incision extérieure, au moment de rejeter au dehors le lambeau formé par la joue, décollement de la muqueuse gingivale sur toute sa hauteur, à partir du collet des dents. Par cette dissection, on obtient un repli muqueux semi-flottant qui, par sa situation, sa forme et ses dimensions, s'adapte parfaitement à la forme triangulaire de la perte de substance.

Ce lambeau muqueux a la forme d'un triangle dont le sommet répond à la lèvre supérieure divisée, et dont la base, taillée en arrière de la tubérosité du maxillaire, correspond exactement à la ligne de désinsertion du voile du palais.

On suture ce lambeau par une vingtaine de crins de Florence, avec le voile du palais et la muqueuse de la voûte palatine.

Pozzi a employé un procédé semblable en 1877. C. WALTHER.

Restauration de la lèvre inférieure, par POLAILLON (*Bullet. de la Soc. de chirurgie, t. XV, p.* 486).

Ce nouveau procédé, employé chez une jeune fille qui avait eu la lèvre inférieure complètement détruite par un traumatisme, consiste à prendre dans la région sushyoïdienne, un lambeau quadrilatère qui est disséqué de bas en haut jusqu'à son insertion sur l'arcade mentonnière à laquelle il adhère. Il suffit alors de faire basculer ce lambeau pour former une lèvre dont la face postérieure est cutanée, la face antérieure cruentée.

Deux lambeaux latéraux pris sur les joues sont amenés par glissement à se rencontrer au devant de ce premier lambeau; la lèvre est ainsi constituée avec deux faces cutanées; quand il reste quelques bourgeons muqueux à la surface de la cicatrice, on peut les employer, en les étirant, à former le bord libre de la lèvre restaurée. C. WALTHER.

Tuberculösen Geschwür der Oberlipe (Ulcère tuberculeux de la lèvre supérieure), par SCHUCHARDT (*Deutsche med. Woch.*, *n.* 52, *p.* 1073, 1889).

Un homme de 43 ans tousse depuis 18 mois. Au mois de janvier 1889, il remarque au côté gauche de la lèvre supérieure une petite fissure qui grandit bientôt.

En août 1889, ulcération de la lèvre supérieure, à gauche, ayant 3 centimètres de largeur et plus d'un demi-centimètre de profondeur, si bien que la bouche étant fermée, on aperçoit les incisives. La lèvre est gonflée, épaissie et dure. Les bords de l'ulcère sont nettement taillés; le fond sécrète un liquide dans lequel on trouve des bacilles en grand nombre.

Sur la muqueuse de la joue gauche, en face de la seconde molaire, on découvre un nodule au centre duquel existe une ulcération lenticulaire. Une troisième ulcération siège sur le voile du palais. Rien à la langue.

Signes de tuberculose aux deux sommets. Les crachats contiennent des bacilles.

On sait que les ulcères tuberculeux des lèvres sont d'une extrême rareté. L. GALLIARD.

Cancer atrophique de la langue, par CERNÉ (*La Normandie méd.*, 1er *février* 1890).

Femme de 73 ans, atteinte depuis 10 ans d'une tumeur du plancher de la bouche, qui avait donné lieu à un rétrécissement de l'isthme du gosier, à des accidents dyspnéiques et à une bronchite purulente mortelle. A l'autopsie, on a trouvé une tumeur occupant tout le plancher de la bouche, qui était induré sclérosé: sur toute la moitié droite existait une sorte d'excavation résultant d'une destruction complète de la langue. La surface de cette excavation était mamelonnée, ulcérée superficiellement, sans végétation, sans sécrétion notable, à peine saignante au doigt. De la moitié gauche surgissait le reste de la langue non ulcérée, étroite, très peu mobile, fissurée dans sa largeur; à l'angle droit de la mâchoire, ganglion dur et assez volumineux. L'examen histologique a révélé dans cette tumeur la structure du squirre atrophique. OZENNE.

Ueber Erkrankungen der Zungenschleimhaut (Affections de la muqueuse linguale), par DINKLER (*Berliner med. Wochenschrift*, *n.* 48, *p.* 1054, 2 *décembre* 1889).

Chez un garçon de 8 ans, à la période de desquamation d'une scarlatine, Dinkler a observé un cas de langue filiforme noire. (*R. S. M.*, XXXII, 566.) Sur le dos de la langue, apparurent de nombreuses saillies noires, en forme de tuyaux de plume, intimement adhérentes à la muqueuse; il s'agissait des papilles filiformes hypertrophiées et modifiées d'aspect. Ces excroissances, après être restées quelques jours sans changement, perdaient progressivement de leur volume et de leur coloration, pour reprendre finalement les dimensions et la couleur qu'ont les papilles filiformes à l'état normal.

Dinkler a observé une affection semblable de la langue chez un homme de 30 ans ayant un catarrhe acide de l'estomac. Chez lui, les excroissances

formées par les papilles filiformes hypertrophiées étaient coniques et à leur surface avaient pullulé des bacilles.

Chez un troisième malade, Dinkler a vu des lésions analogues, mais de couleur jaune, plus circonscrites, et disparaissant par intervalles.

Dans les trois cas, la guérison s'est produite spontanément et assez rapidement, et dans tous il s'agissait d'un allongement anormal, hypertrophique des papilles filiformes. J. B.

De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec les affections chirurgicales, par BAZY (*Archives de médecine, mars* 1889).

Certaines affections d'ordre chirurgical paraissent être directement influencées par la dilatation de l'estomac. La dilatation gastrique en favorise l'éclosion et leur imprime un cachet de gravité toute particulière; elle joue vis-à-vis de ces affections chirurgicales le même rôle que l'alcoolisme, le diabète, l'impaludisme.

Elle doit être recherchée dans les cas où on observe des phénomènes septicémiques et toutes les fois qu'on devra pratiquer une opération, surtout si cette opération se fait dans une région où l'asepsie et l'antisepsie sont difficiles. Elle devra être traitée avant que l'opération soit décidée. Enfin elle impose la nécessité de faire l'antisepsie gastro-intestinale. RICHARDIÈRE.

OPHTALMOLOGIE.

Ueber ein neues Opticuscentrum beim Huhne (Un nouveau centre optique chez la poule), par PERLIA (*Arch. f. Ophth., XXXV*, 1).

L'auteur énucléa l'œil gauche d'un poulet de 48 heures. Au bout de 2 mois, il trouva une atrophie du tractus droit; le lobe optique droit était arrêté dans sa croissance, grisâtre.

En recherchant, sur des coupes en série, les altérations intra-cérébrales, l'auteur découvrit un faisceau médian partant du tractus optique, continuant son chemin isolément, de forme triangulaire sur une coupe transversale. On pouvait facilement suivre le faisceau en arrière; passant à côté des noyaux de l'oculo-moteur, il se termine à un gros noyau situé à côté de celui du noyau trochléen. ROHMER.

Ueber den Lichtsinn der Netzhautperipherie (Sens de la lumière à la périphérie de la rétine), par TREITEL (*Arch. f. Ophth., XXXV*, 1).

L'auteur a trouvé que la sensibilité pour la différenciation est moindre

à la périphérie de la rétine qu'au centre, et d'autant moins qu'on s'éloigne davantage de la fosse centrale. En cherchant à constater l'état de la perception lumineuse centrale et périphérique avec un éclairage moindre, il a vu que le sens lumineux à la périphérie et au centre diminuait d'une façon parallèle. ROHMER.

Importance de la netteté des images rétiniennes pour la conservation de la vision binoculaire, par KALT (*C. R. Soc. Biologie*, 12 *octobre* 1889).

On sait que les déviations non paralytiques des yeux ont le plus souvent pour origine une anomalie de la réfraction. Le traitement pacifique consiste dans la correction optique avec les verres, en des exercices stéréoscopiques ou autres, qui ont pour but de donner au malade la sensation de la vision double, et qui l'obligent à faire instinctivement les mouvements nécessaires pour redresser l'œil dévié. Mais l'influeuce de ce traitement est très faible toutes les fois que la correction optique exacte n'a pas été obtenue.

Kalt cite l'observation d'une femme chez laquelle le strabisme disparaît complètement à la suite d'une correction exacte de la myopie et de l'astigmatisme par des verres, dont il prescrivit le port permanent. PAUL LOYE.

Ueber einige von der Oberfläche der Conjunctiva und Cornea ausgelöste Reflexe (Sur quelques réflexes ayant leur point de départ à la surface de la conjonctive et de la cornée), par FEILCHENFELD (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *janvier* 1889).

Par l'emploi des lavages de l'œil au sublimé, l'auteur a remarqué des arrêts de la respiration, ou des mouvements saccadés de celle-ci pendant environ 5 secondes, et l'arrêt de l'apnée se caractérise par une large expiration. Ces phénomènes seraient surtout fréquents chez les enfants, les femmes, les personnes nerveuses et excitables; la volonté aurait une grande action pour empêcher leur apparition. Des excitations d'autre sorte, telles que lavages à l'eau froide, pincement de la peau, courant électrique ne produiraient pas les mêmes effets. Autre reflexe : quand un liquide instillé dans l'œil touchait surtout la cornée, le malade faisait des mouvements de déglutition. D'autres fois, mais plus rarement, survient de l'éternuement. Une autre fois, c'était un cri particulier que jetait un enfant chaque fois qu'on lui touchait l'œil. C'est le trijumeau qui, dans ces cas, sert de conducteur par ses branches sensitives et motrices, en passant par les noyaux et centres du quatrième ventricule. ROHMER.

Contribution statistique à la connaissance des changements de réfraction chez les jeunes gens et les adultes, par FEILCHENFELD (*Arch. f. Ophthalm.*, *XXXV, I*).

Les recherches de l'auteur ont porté sur 1,265 yeux de 672 personnes. Sur 125 garçons (avant 20 ans), une proportion de 52,44 0/0 a montré une augmentation de la réfraction, 23,98 un état stationnaire, et 23,58 une diminution. Pour ce qui est de la variété de réfraction, chez des emmétropes elle a augmenté dans 59,09 0/0 des cas, 34,09 0/0 chez les hypermétropes; elle a diminué dans 9,09 0/0 des cas chez les emmétropes, et 40,91 0/0 chez les hypermétropes.

Les résultats définitifs de ces recherches furent les suivants : *a*) Chez les jeunes gens :

1) Dans la grande majorité des écoliers de la ville, la réfraction est constamment progressive.

2) La progression est surtout patente chez les myopes ; chez les garçons emmétropes l'augmentation de la réfraction est plus fréquente que chez les filles, elle survient toujours dans l'hypermétropie, et serait bien plus souvent constatée si on déterminait toujours la réfraction après atropinisation de l'œil.

3) Le degré de l'augmentation, abstraction faite des cas de myopie maligne, est le plus souvent de 1,0 à 2,5 D, et même jusqu'à 4,5 D.

4) D'un autre côté, on constate aussi dans le jeune âge des réfractions stationnaires et qui même diminuent.

5) Les réfractions différentes sont fréquentes sur les deux yeux.

6) La perte d'un œil ne semble pas avoir grande influence sur les changements de réfraction.

b) Chez les adultes :

1) La plupart des yeux restent à l'état de réfraction qu'ils avaient au moment de la fin de la croissance.

2) La réfraction diminue souvent.

3) Cependant la réfraction peut augmenter dans n'importe quelle variété.

4) La cataracte se développe souvent en même temps que la réfraction augmente.

5) Mais on ne peut lui attribuer aucune influence sur l'augmentation ou la diminution de la réfraction. ROHMER.

Versüche über die augebliche ungleiche Accommodation bei Gesunder und Anisometropen (Expériences sur la prétendue inégale accommodation chez les isométropes et les anisométropes), par HESS (*Arch. f. Ophthalm., XXXV, Abth.* 1).

Fick, dans ses expériences faites au laboratoire de Hering, à Prague, avait trouvé une accommodation inégale pour les deux yeux ; selon Hess, ces conclusions seraient erronées. L'impression des épreuves employées dans les expériences stéréoscopiques de Fick était beaucoup trop grande pour la distance choisie (50 centimètres). Quand on se sert pour lesdites expériences des épreuves de Jäger n° 1, la différence maxima possible de la réfraction des deux yeux, tout en conservant la vision binoculaire, ne surpasse pas 0,5 D tout au plus. Or, ce n'est même pas cette différence insignifiante qui est surmontée par une accommodation inégale ; car, si l'on tend un fil de soie des deux côtés sur l'épreuve du stéréoscope, de sorte que les deux fils soient vus à travers les prismes l'un à côté de l'autre, ils ne sont jamais vus distincts en même temps, mais soit l'un, soit l'autre.

L'auteur lui-même et quelques autres ophtalmologistes sur lesquels il a fait les expériences en question ont remarqué que, en sortant d'une tension moyenne de l'accommodation des deux yeux, la fusion binoculaire des deux moitiés du même mot dans le stéréoscope se fait souvent par un relâchement de l'accommodation sur l'œil le plus réfringent et par une augmentation sur l'autre alternativement.

Hess termine son travail par les conclusions suivantes :

1) Chez aucun emmétrope ou anisométrope examiné par lui, il ne put trouver trace d'une accommodation inégale.

2) Les observations de Fick, d'après lesquelles ses épreuves-types pourraient encore être lues avec des verres de 2-3 D, ne prouvent absolument pas l'accommodation inégale.

3) La vieille thèse de l'impossibilité d'une accommodation inégale des deux yeux n'est donc pas encore ébranlée. ROHMER.

Neue Versuche über anisomorphe Accommodation (Sur l'accommodation irrégulière de l'anisomorphe), par ZEHENDER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., août* 1889).

L'auteur rend compte des recherches faites sur eux-mêmes par deux de ses assistants, dans le but de démontrer l'existence des contractions inégales du muscle ciliaire destinées à corriger l'astigmatisme provoqué par des verres cylindriques concaves faibles. Plaçant successivement devant un œil des verres cylindriques concaves de

$$0{,}50 — 0{,}75 — 1, \text{ et } 1{,}50 \text{ D.}$$

à axe horizontal, les expérimentateurs purent toujours, au bout d'un nombre de minutes variable (7 à 20), distinguer nettement toutes les parties d'un tableau d'épreuves; puis, enlevant les verres, ils constataient l'existence de l'astigmatisme sur l'œil en expérience, astigmatisme qui ne tardait pas à disparaître au bout de quelques minutes. Ces épreuves ne pouvaient guère être prolongées au delà d'une heure, à cause de la fatigue ou des phénomènes d'asthénopie qu'elles provoquaient. ROHMER.

Kurzsichtigkeit und Augenhöhlenbau (Myopie et forme de l'orbite), par SCHMIDT-RIMPLER (*Arch. f. Ophthalm., XXXV*, 1).

Schmidt-Rimpler démontre d'abord que la détermination de l'index de l'ouverture orbitaire d'après Stilling $\left(\frac{\text{hauteur} \times 100}{\text{largeur}}\right)$ est un peu inexacte, à cause de la différence d'épaisseur de la peau et du tissu graisseux, suivant les individus; de plus, le choix des points de mensuration est toujours plus ou moins arbitraire surtout pour le diamètre vertical, à cause de la forme variable du rebord orbitaire. Sur 1,299 écoliers examinés par Schmidt-Rimpler, l'index était en général plus grand que celui de Stilling, parce qu'il mesurait la largeur de l'ouverture orbitaire en partant d'un point du bord de l'orbite situé immédiatement au-dessus de la caroncule, point plus aisé à saisir que le point correspondant à l'extrémité nasale de la fente palpébrale choisi par Stilling. Comme extrémité temporale, il se servait du point périphérique du diamètre horizontal. L'index orbitaire trouvé sur 722 yeux emmétropes et hypermétropes était égal à 94,4 et 94,5 sur 577 yeux myopes, résultat contraire à celui de Stilling. Or, quand même l'index de l'orbite serait plus petit chez les myopes que chez les emmétropes et les hypermétropes, il ne serait pas encore prouvé que la forme de l'orbite est la cause de la myopie; mais peut-être la forme du globe oculaire, myope pour une autre raison, pourrait-elle amener à son tour cette déformation de l'orbite, comme on voit l'orbite s'aplatir après l'énucléation; ou bien encore, la déformation de l'orbite et celle du globe de l'œil pourraient avoir une cause commune, comme une anomalie du système vasculaire. La manière de voir

de Stilling serait un peu plus fondée, si l'orbite des individus exposés aux causes de la myopie (travail de près, etc.), différait dans le sens énoncé par Stilling, de celle des individus dont la réfraction reste stationnaire dans les mêmes conditions. Or Schmidt-Rimpler avait examiné les mêmes écoles trois ans et demi auparavant, et il avait trouvé que l'index orbitaire de 461 yeux devenus plus myopes montait en moyenne à 94,4 et celui de 831 yeux restés stationnaires à 94,1. ROHMER.

Diabetische Kurzsichtigkeit (Myopie diabétique), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., janvier* 1890).

La myopie d'origine diabétique n'est pas décrite dans les auteurs classiques. Elle repose sur le changement de la lentille cristallinienne ; il est possible, mais non nécessaire, de constater à l'ophtalmoscope des troubles du cristallin. Il faut se méfier des myopies qui, dans un âge avancé (50 ans), surviennent subitement, sans trouble du cristallin ; car la myopie ordinaire débute dans le jeune âge, et le début de la cataracte ne peut pas simplement altérer la myopie, mais aussi la provoquer. L'auteur cite les observations de trois malades âgés (63, 50 et 52 ans), chez lesquels une myopie tardive lui permit de découvrir un diabète jusqu'alors ignoré. ROHMER.

Eine neue Verzerrungsercheinung am Kurzsichtigen Auge (Une nouvelle déformation de l'œil myope), par SCHOEN (9e *Congrès d'ophth. Heidelberg* 1889).

L'auteur décrit les déformations du muscle ciliaire et du canal de Schlemm dans l'œil myope. Si l'on fait passer une tangente au corps ciliaire par l'œil myope sur lequel on a pratiqué une coupe horizontale, le canal de Schlemm, du côté temporal, est placé en avant, du côté nasal, en arrière de cette ligne. De cette façon, on comprend que pendant la convergence, le muscle droit interne exerce une traction non seulement au niveau de son insertion, mais encore dans le voisinage, sur la sclérotique et la cornée, et déplace la membrane extérieure par rapport aux internes, en particulier dans la région du corps ciliaire. ROHMER.

Ueber Formveränderungen des Auges durch Muskeldruck (Changements de forme de l'œil sous l'influence de la compression musculaire), par SCHNELLER (*Arch. f. Ophth., XXXV*, 1).

L'auteur a pu constater sur lui-même et sur d'autres qu'une légère pression allant du dehors et d'en haut vers le centre de l'œil en avant du rebord orbitaire augmentait la réfraction de 0,5 à 1,25 D. Les muscles, dans certains états pathologiques, peuvent, comme on sait, exercer sur le bulbe une pression inusitée. Schneller s'est proposé de rechercher si la chose est possible à l'état normal ; la pression musculaire toutefois ne doit pas dépasser un degré compatible avec la vision, et être moindre que 60 millimètres de mercure. Une pression musculaire qui augmente la tension iutra-oculaire de 20-25 jusqu'à 40-50 millimètres et amène des changements de forme du bulbe, doit dépendre de l'élasticité, de l'épaisseur, de la rigidité et de la tension des membranes oculaires. Si la pression musculaire agit sur la forme de l'œil, c'est en comprimant la région équatoriale du bulbe, et, par conséquent, en allongeant celui-ci.

Or, dans 18 cas de réfractions différentes, 15 fois, pendant qu'on rapprochait l'objet à 10 centimètres et qu'on l'inclinait à 30°, on a trouvé une augmentation de la réfraction entre 0,5 et 2,0 D. due à un allongement de l'axe oculaire de 1/6 à 2/3 de millimètres.

Vingt et un yeux de réfraction différente, examinés chez des jeunes gens, montrèrent 5 fois une augmentation facile à mesurer, 7 fois une trace, et 9 fois aucun changement. Il est certain aussi que le bulbe ne se comporte pas comme une sphère rigide, et que l'allongement se produit tantôt en arrière, tantôt en avant, de sorte que la cornée s'aplatit. Variable dans ses degrés, cette déformation est souvent nulle. On est donc autorisé à admettre l'existence d'une accommodation extrinsèque ; celle-ci disparaît avec l'âge, à mesure que la sclérotique devient plus rigide. La pression s'exerçant longtemps sur le pôle postérieur où la sclérotique est très épaisse, le staphylome ne pourra se produire que s'il y a en même temps amincissement de cette membrane. ROHMER.

Colour blindness and colour perception, par E. GREEN (*Ophth. Soc. of the Un. kingdom*, 14 *mars* 1889).

Le centre de perception des couleurs peut apprécier six unités de couleurs qui répondent à peu près aux bandes du spectre. Ce sont le rouge, orangé, jaune, vert, bleu et violet ; dans quelques cas, il en existe une septième, l'indigo. Dans le daltonisme l'orangé est le premier à disparaître : les bandes rouge et jaune sont élargies. Puis viennent le bleu et le jaune, avec élargissement proportionnel des bandes voisines. Le rouge et le vert se réunissent ensuite : enfin dans le daltonisme complet toutes les couleurs sont réunies dans une bande neutre. On ne peut avoir aucune perception d'une couleur qui ne fasse pas partie de ces unités psychophysiques ou de leurs modifications directes. Lorsque deux couleurs adjacentes sont mélangées, on obtint la perception de deux unités perçues distinctement comme un mélange. Si au contraire deux couleurs non adjacentes sont mêlées, il en résulte une couleur intermédiaire ou bien blanc si la lumière est pure, et gris, s'il y a absorption partielle. Enfin, si des couleurs en nombre quelconque sont mêlées, l'impression résultante est celle d'une unité, d'une unité modifiée ou du blanc.

F. DE LAPERSONNE.

Zur Prüfung der Farbenblindheit (Contribution à l'examen du daltonisme), par GROSSMANN (*Klin. Monatsbl. f. Augenkeilk.*, *janvier* 1889).

L'auteur s'est servi de petits carrés de verre colorés en vert et rouge, avec lesquels il forme des lettres sur fond brun ; ces lettres peuvent être facilement changées, de façon à éviter la simulation par une lecture antérieure ; dans une lettre, certains jambages sont d'une couleur (vert), les autres d'une autre (rouge), mais de telle sorte qu'on ait toujours une lettre d'une seule couleur ; ainsi si à un P rouge on ajoute un jambage vert on a un R. La lettre ainsi formée, est placée sur le volet d'une boîte en fer-blanc renfermant une lampe avec réflecteur, et donnant toujours un éclairage uniforme. ROHMER.

De l'influence de l'établissement de la menstruation sur l'apparition d'accidents oculaires, en particulier chez les sujets diathésiques, par PUECH (*Arch. d'ophtalm.*, *IX*, *n°* 5, *p.* 410).

On pourrait diviser les accidents oculaires en rapport avec les menstrues en trois catégories, suivant qu'ils se présentent à l'époque de la première apparition, à l'occasion de chaque période menstruelle, ou à la ménopause. L'auteur a observé que certaines diathèses semblent attendre l'apparition des règles pour faire éclater leurs manifestations oculaires. Il cite plusieurs exemples de kératites interstitielles spécifiques et d'iritis rhumatismales, développées à cette époque, surtout lorsque les règles étaient difficiles à s'établir. Les autres observations de choroïdites hémorragiques, névrite optique, et décollement de la rétine sont moins démonstratives. F. DE LAPERSONNE.

Ein Fall von congenitaler Ptosis, par v. REUSS (*Soc. des méd. de Vienne*, 18 *janvier* 1889).

Le sujet atteint de ptosis congénital à gauche, qu'observe l'auteur, peut relever la paupière quant il met en mouvement les muscles innervés par le trijumeau, quand il effectue par exemple les mouvements de diduction de la mâchoire, quand il ouvre la bouche. Aussi le sujet a-t-il l'habitude de tenir la bouche ouverte. L'œil gauche est sain, mais ses mouvements d'élévation sont limités.

On ne connaît que 7 cas de ce genre. Il faut admettre que des filets venant du noyau du trijumeau s'anastomosent avec le moteur oculaire commun. L. GALLIARD.

Ein seltener Fall von Symblepharon, par FISCHER (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *novembre* 1889).

Une femme de 32 ans est atteinte de symblépharon total des deux paupières inférieures depuis deux ans et demi; la maladie a débuté à ce moment par des picotements, des sensations de brûlures et des larmoiements; peu à peu les mouvements des yeux diminuaient vers le haut, jusqu'à ce que le symblépharon fût constitué. On pratiqua sur chaque œil une opération qui consista à séparer totalement par la dissection la paupière du globe oculaire, puis à garnir soigneusement la plaie avec de la muqueuse vaginale; le succès fut complet sur les deux yeux; la transplantation fut seulement complétée sur l'œil droit, avec un peu de conjonctive prise sur un lapin; aussi, sur cet œil, la récidive fut-elle constatée au bout d'un an et demi, tandis que le succès resta assuré sur l'œil gauche. La profondeur du cul-de-sac conjonctival était d'environ 4 millimètres et demi.

Au point de vue de la cause du symblépharon, l'auteur croit avec Desmarres à un dépôt plastique dans l'épaisseur de la conjonctive, et à une rétraction consécutive ; ce serait une lésion analogue à celle décrite par A. de Græfe, sous le nom de « rétraction essentielle de la conjonctive », et de « Syndesmitis degenerativa » par Stellwag. ROHMER.

De la restauration des paupières, par VALUDE (*Arch. d'ophtalm.*, *IX. n°* 4, *p.* 289, *et n°* 5, *p.* 394).

Faisant le parallèle des différents procédés de restauration des paupières, Valude montre les désavantages de la greffe cutanée, à grand

lambeau, sans pédicule. Il rappelle, en quelques mots, les discussions qui ont eu lieu sur la méthode dite de Wolfe, bien que Le Fort ait pratiqué cette opération bien avant le chirurgien anglais. Grâce à l'antisepsie, on peut obtenir assez facilement de bons résultats immédiats, mais plus tard le lambeau se rétracte et ne forme plus qu'un boudin disgracieux et qui n'empêche pas la déformation. Pour être considérés comme définitifs il faut que les résultats soient notés au moins un an après l'opération. En reprenant la statistique des 77 cas qui ont été publiés jusqu'à ce jour, on voit que 1 fois sur 5 seulement les résultats peuvent être considérés comme favorables : l'opération de Wolfe ne peut donc pas être érigée en méthode de choix. Il en est de même des greffes dermo-épidémiques d'après la méthode de Thiersch, qui peuvent bien recouvrir une perte de substance fraîche, mais qui ne permettent pas de soutenir, d'écarter ou d'étendre des tissus rétractés depuis longtemps (Socin). L'auteur passe ensuite en revue les principaux cas qui peuvent se présenter. Lorsque la cicatrice est limitée à la paupière, qu'il s'agisse de la totalité ou d'une partie seulement de ces voiles membraneux, la méthode par pivotement de Denonvilliers, quelquefois la méthode indienne, ou le procédé de Richet seront nettement indiqués. Si la paupière et les parties voisines sont constituées par un tissu de cicatrice non adhérent, on peut encore se servir des méthodes autoplastiques, car les tissus cicatriciels non adhérents se laissent disséquer très facilement et se réunissent par première intention. Mais lorsque la paupière est environnée de tissu cicatriciel, impropre à la restauration, invasculaire, adhérent à l'os, on est bien obligé d'en arriver aux greffes. La méthode de Wolfe, comme procédé de nécessité, comporte toujours un pronostic incertain. On lui préférera dans certains cas les lambeaux dermo-épidermiques de Thiersch. Enfin, dans ces derniers temps, P. Berger a remis en honneur la méthode italienne et a fait plusieurs blépharoplasties par ce procédé : malheureusement c'est une opération compliquée, l'avant-bras doit être maintenu replié et fixé à la tête pendant un temps assez long et le malade doit s'habituer pendant quelque temps à l'appareil ; d'autre part il faut calculer minutieusement la position, la longueur et le déplacement du lambeau. Aussi les applications de cette méthode sont limitées. Enfin, lorsqu'il s'agit de l'ablation d'un cancroïde de la paupière, toutes les méthodes sont bonnes, mais, suivant le précepte de Verneuil, il vaut mieux ici faire de la restauration secondaire qui permet de surveiller la récidive. F. DE LAPERSONNE.

Behandlung der Thränensackblennorrhœ bei Neugeborenen (Du traitement du mucocèle chez le nouveau-né), par WEISS (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., janvier* 1889).

L'auteur se loue beaucoup de l'excellent résultat qu'il a obtenu dans le cas de catarrhe des voies lacrymales chez les nouveau-nés, de sa méthode qui consiste en lavages fréquents de l'œil, emploi des astringents, et cathétérisme du canal nasal, sans section des canaux lacrymaux, avec une sonde moyenne de Bowmann (nos 3-4), mais qui a une forme conique, de telle sorte que sa pointe arrive au calibre du n° 1. Outre la simplicité de cette manière de faire, l'auteur recommande surtout la rapidité de son action; il suffit de 4 à 6 cathétérismes répétés

tous les deux jours, pour voir immédiatement une grande amélioration et même la guérison.

Il en est de même des tumeurs lacrymales chez les nouveau-nés qui devront être traitées de la même façon, et avec le même succès.

ROHMER.

Extirpation des glandes lacrymales orbitaires dans les larmoiements incoercibles chez les granuleux, par H. TRUC (*Montpellier méd.*, 7 *novembre* 1889).

L'auteur rapporte trois observations, suivies d'amélioration (guérison relative) et propose les conclusions suivantes :

1° Dans certains cas, le rétrécissement incoercible et l'ophtalmie granuleuse se trouvent solidaires, et ne peuvent être guéries que par la suppression de la glande lacrymale.

2° L'extirpation lacrymale, avantageuse dans le larmoiement incoercible, est spécialement indiqué dans les ophtalmies *granuleuses* anciennes avec sténose persistante des voies lacrymales.

3° Elle guérit immédiatement le larmoiement et amende rapidement et profondément l'ophtalmie.

A. MOSSÉ.

Contribution à l'étude du fibrome de l'orbite. Étude clinique et anatomo-pathologique, par MAURANGE (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 19 *mai* 1889).

Maurange rapporte l'observation d'une fillette de onze ans, à laquelle on a enlevé avec succès un fibrome molluscoïde de l'orbite. Ses recherches ne lui ont fait découvrir que neuf cas de fibrome développé aux dépens du tissu cellulaire de la cavité orbitaire ou en rapport avec le périoste qui la recouvre. Tantôt congénital, tantôt acquis, il se développe à tous les âges de la vie, paraissant plus fréquent dans le sexe féminin. Comme symptômes, il ne diffère pas des fibromes des autres régions, et comme diagnostic il peut être confondu avec un kyste dermoïde ou une exostose simple. L'extirpation est le seul traitement qui lui soit applicable.

OZENNE.

Herpes Corneæ, par VOSSIUS (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 36, *p.* 786, 2 *septembre* 1889).

1er cas. Femme ayant été cocaïnisée pour une iridectomie; l'opération fut tout à fait normale et la plaie guérit sans accidents inflammatoires. Mais le 3e jour, la malade se plaignit de vives douleurs oculaires et sa cornée était garnie de vésicules d'herpès. La cornée avait, d'ailleurs, conservé sa transparence et l'œil offrait une vive injection. Guérison en 8 jours, sans opacité.

Trois mois plus tard, cette femme ayant subi, sous le chloroforme, l'opération de la cataracte sur le même œil, celui-ci redevint le siège d'une éruption d'herpès.

Il s'agit donc ici d'herpès traumatique et non, comme on l'eût pu croire, d'un effet de la cocaïne. Schmidt-Rimpler a d'ailleurs mentionné des cas d'herpès cornéen consécutifs aux opérations de cataracte.

2e cas. Homme atteint depuis 34 ans d'un psoriasis généralisé et ayant en outre des douleurs rhumatoïdes dans un bras. Il y a 14 ans, il avait déjà eu une kératite; depuis 6 mois, le même œil était affecté d'une conjonctivite catarrhale rebelle à tous les traitements. Survint un herpès, sur la moitié nasale de la cornée, qui laissa un nuage translucide, ne gênant pas sensiblement la vision. (*R. S. M.*, VI, 293; XXXI, 245.)

J. B.

Periodisch wiederkehrende Hornhauterkrankung im Zusammenhange mit Störungen des Allgemeinbefindens (Affection cornéenne revenant périodiquement et en rapport avec une altération de l'état général), par RANSOHOFF (*Klin. Monastbl. f. Augenheilk., juin* 1889).

Chez une femme de 28 ans, de bonne santé apparente, survient à chaque période menstruelle, une injection ciliaire, avec infiltrations multiples de la cornée, photophobie et douleur frontale intense; au niveau des infiltrations cornéennes l'épithélium tombe pour se régénérer au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre pour un certain temps, c'est-à-dire jusqu'à la période menstruelle suivante; et cela dure depuis le moment de la puberté. Comme traitement, tout a échoué.

L'auteur admet qu'il s'agit là d'une forme d'herpès cornéen de nature trophonévrotique, sous prétexte qu'autrefois les crises oculaires étaient plus fréquentes quand la malade était anémique, tandis qu'aujourd'hui elles n'apparaissent que quand « l'état général est en souffrance ».

ROHMER.

Ueber die Regeneration des Epithels der Cornea, par RIBBERT (*Berlin. klin. Woch., n°* 38, *p.* 846, 23 *septembre* 1889).

Peters a trouvé que les pertes de substance de la cornée commencent à se combler par la migration, venue du bord, de cellules épithéliales devenues amiboïdes et qu'ultérieurement seulement, on trouve des mitoses dans l'épithélium.

Au contraire, Ribbert a reconnu que la migration et la néoformation cellulaires marchent conjointement. La migration débute, il est vrai, mais très rapidement on distingue, au bord de la perte de substance, des figures de segmentation nucléaire, longtemps avant que la plaie soit fermée. Mais comme les mitoses ne s'observent qu'au bout d'un certain nombre d'heures, tandis que la migration des cellules épithéliales commence immédiatement, il est possible que lorsque la perte de substance est peu considérable, les processus de multiplication cellulaire ne se produisent qu'à une date où la plaie est déjà recouverte d'une couche unique d'épithélium. En revanche dans les pertes de substance un peu considérables, c'est-à-dire ayant plus de 1 millimètre de diamètre, on note toujours la simultanéité des 2 processus. La divergence des résultats obtenus d'une part par Nussbaum et par Peters, d'autre part par Ribbert, s'explique donc par la grandeur différente des plaies.

Mais il en résulte que le processus observé sur les petites plaies n'a en principe aucune importance et que la régénération de l'épithélium cornéen s'effectue d'une façon conforme à celle des autres surfaces épithéliales.

J. B.

Further observations on malarial keratitis, par Ch. KIPP (*New York med. record, p.* 131, 3 *août* 1889).

L'auteur a déjà publié un travail en 1880 sur ce sujet. Il a vu 120 cas. Tous les malades ont eu des accès paludéens et dans 90 0/0 des cas, la kératite a suivi l'accès de peu de jours. 25 0/0 des patients ont déjà été atteints semblablement lors d'accès antérieurs. L'ulcération de la cornée se montre sous forme d'ulcère serpigineux à prolongements étroits. Le

début se fait par une ligne de petites saillies grisâtres qui s'abattent pour former les bords de l'ulcération. Les cas légers durent deux à trois semaines; les cas graves plusieurs mois. Il y a grande tendance à récidive dans les accès postérieurs. Le traitement doit être général, on y ajoute localement des fomentations chaudes dans les cas légers ; dans les cas graves, les instillations de nitrate d'argent à 20 0/0 après action de la cocaïne; dans les cas très graves, on applique la cautérisation ignée. P. DUFLOCQ.

Keratitis subepithelialis, par H. ADLER (*Centrabl. f. prakt. Augenheilk., octobre et novembre* 1889).

Cette maladie que l'auteur prétend avoir le premier décrite en juillet 1889, comme une nouvelle forme de kératite, débute sous forme de conjonctivite aiguë surtout limitée aux culs-de-sac, durant 8-10 jours ; puis arrive un gonflement des paupières avec sécrétion séreuse, et la kératite véritable s'établit. Au début ce sont des infiltrations de nombreux pointillés (40-60) dans les couches antérieures de la cornée, soit par groupes, soit confluents ; néanmoins, la cornée reste transparente, et l'épithélium est intact. Peu à peu, les pointillés se rejoignent pour former des taches dont les contours se délimitent davantage ; bientôt, ces taches ne tardent pas à disparaître, et la cornée recouvre son intégrité.

La marche de l'affection est variable ; cependant les infiltrations isolées disparaissent plus facilement que celles qui sont confluentes, soit en quelques mois, d'autres fois en un an. Mais, malgré la longue durée de l'affection, le pronostic en est toujours favorable ; la guérison a toujours été complète, jamais il n'y a eu de récidive.

Le trouble de la vue existe dès le début sous forme de nuage, ce qui peut à ce moment déjà rendre les malades attentifs à l'affection.

Comme complications, on remarque, outre la conjonctivite du début, des variétés de conjonctivites diverse, telles que la c. purulente blennorragique, des nouveau-nés, pustuleuse, granuleuse, folliculaire ; l'iris est toujours un peu intéressé (hyperémie).

L'étiologie est obscure ; on l'observe surtout chez des individus qui autrefois déjà ont eu des affections conjonctivales.

Comme traitement, l'auteur recommande des instillations d'atropine, des applications de compresses trempées dans une solution glacée de sublimé au 1/5000 ou d'acide borique à 2/100 ; le bandeau est mal supporté, mais l'œil demande à être garanti contre la lumière par un abat-jour ou des lunettes. ROHMER.

Ueber die Färbung der erkrankten Hornhaut mit Fluorescëin (Sur la coloration de la cornée malade avec de la fluorescine, et de sa valeur diagnostique), par THOMALLA (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., novembre et décembre* 1889).

Straub avait démontré que la cornée dépourvue de son épithélium se colore en vert avec une solution alcaline concentrée de fluorescine. Thomalla s'est servi de préférence d'une solution à 2/100 de fluorescine additionnée de carbonate de soude à 3,5/100 ; ce qui supprime toute douleur. Il a constaté que la cornée saine et intacte ne se colore

pas ; de même pour les taies et les vieilles cicatrices cornéennes. La coloration apparaît, au contraire, en cas de chute de l'épithélium cornéen, d'ulcère, de corps étrangers, de plaies perforantes de la cornée, et dans toutes les inflammations cornéennes, s'accompagnant d'infiltrations et de pannus ; il en est de même dans l'iritis séreuse, et dans le glaucome aigu.

Parmi les maladies de la conjonctive, on remarque que les phlyctènes se colorent aussi, seulement le contact avec le médicament a besoin d'être plus long. ROHMER.

Ueber fädchen Keratitis (Kératite fibrillaire), par FISCHER (9e *Congrès d'ophth. Heidelberg, septembre* 1889).

L'auteur distingue trois formes de cette variété de kératite : dans l'une, il se forme des bulles à la surface de la cornée ; dans l'autre, il y a un trouble diffus, et dans la troisième, on voit de fins filaments partir de points opaques. Fischer pense qu'il s'agit là d'une coagulation de la fibrine de la cornée, et qui a la même signification que les spirilles de Curmann dans les bronches. ROHMER.

Conjonctivite infectieuse paraissant transmise à l'homme par les animaux, par PARINAUD (*Société d'ophtalmologie de Paris*, 5 *février* 1889).

Parinaud cite trois cas d'une affection oculaire qui n'a pas été signalée. Il s'agit d'une forme de conjonctivite éminemment infectieuse, qui provoque constamment la suppuration des ganglions.

Dans les trois cas l'affection était monoculaire. Elle ressemble, au premier abord, à une conjonctivite granuleuse. La conjonctivite est le siège de végétations rouges ou jaunâtres, demi-transparentes au début, opaques à un degré plus avancé, qui peuvent atteindre le volume d'une très grosse tête d'épingle. A côté de ces granulations charnues, on en trouve de plus petites complètement jaunes qui, d'abord, avaient fait croire à de la tuberculose. Dans un cas, ces granulations étaient limitées à la conjonctive tarsienne de la paupière supérieure ; dans les deux autres, elles occupaient les deux paupières, les culs-de-sac et une partie de la conjonctive bulbaire. La cornée ne paraît avoir aucune tendance à être intéressée. Il y a de la sécrétion muqueuse, mais pas de suppuration proprement dite.

Les paupières sont tuméfiées, dures au toucher, avec des nodosités. La région parotidienne devient assez rapidement le siège d'un empâtement inflammatoire qui peut s'étendre jusqu'au cou et au milieu duquel on découvre des ganglions tuméfiés et parfois ramollis.

La conjonctivite est peu douloureuse et l'engorgement ganglionnaire est lui-même assez indolent. Les granulations conjonctivales, qui peuvent durer plusieurs mois, disparaissent sans laisser de traces. L'engorgement ganglionnaire persiste après la disparition de la conjonctivite. Un ou plusieurs ganglions suppurent. L'évolution des abcès est lente.

L'affection oculaire est des mieux caractérisées et ne saurait être confondue ni avec les granulations trachomateuses, ni avec la tuberculose. La guérison, qui se produit spontanément après quelques mois, enlève d'ailleurs toute espèce de doute à cet égard.

En raison de l'apparence insolite de l'affection oculaire et du développement de la lymphangite, l'auteur pensa à une infection d'origine animale, ce que l'enquête faite sur les deux derniers malades a confirmé. L'une était la femme d'un boucher, qui a été atteint de la même

affection en même temps que sa femme, mais l'avait dissimulée. Ruault leur a ouvert des abcès de la joue à tous deux, le même jour. Le dernier malade était un enfant de cinq ans, habitant une vieille maison à un seul étage où se trouve, dans le voisinage de deux magasins de chiffonniers, un dépôt de viande destinée au marché de Saint-Denis.

Des recherches bactériologiques faites au laboratoire de Cornil par Toupet, avec le pus des abcès ganglionnaires, n'ont pas donné de résultat. A. C.

Traitement des granulations de la conjonctive avec la poudre d'acide borique, par ROHMER (*Revue méd. de l'Est, n° 9, p. 257, 1 mai* 1889).

Après avoir cocaïnisé l'œil et retourné les paupières, on couvre l'œil d'une épaisse couche d'acide borique finement pulvérisé, et avec l'index on pratique une friction assez énergique durant une demi-minute ou une minute. Cette opération que l'on répète tous les deux jours est quelquefois douloureuse, surtout au niveau de la cornée, et s'accompagne parfois au début d'une hémorragie insignifiante. Quand la guérison est presque complète on se contente d'introduire l'acide borique sous la paupière soulevée et de masser la conjonctive à travers la paupière. Il est important de porter l'acide borique jusqu'au fond des culs-de-sac.

Le traitement général (huile de foie de morue, arsenic) a une grande utilité, la plupart des cas s'observant chez des scrofuleux. LEFLAIVE.

Enophthalmus dexter übergehend in Exophthalmus bei Vorwärstsbeugen des Kopfes (Enophthalmie droite se changeant en exophtalmie par l'inclinaison de la tête en avant), par GESSNER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., juin* 1889).

Chez une jeune fille de 19 ans, les deux yeux sont enfoncés dans l'orbite d'une façon assez sensible pour être remarqués à la distance de 5 à 6 mètres : myopie de 2 D; pas de lésions des muscles de l'œil; si la malade se penche en avant pendant une 1/2 à 1 minute, le bulbe droit avance de 4 à 5 millimètres; en même temps surviennent des douleurs intenses. Les veines de la conjonctive deviennent turgescentes, les paupières ne peuvent plus être closes; tout le pourtour de l'orbite se congestionne, ou devient douloureux à la pression; les mouvements de l'œil sont empêchés par la douleur. Sitôt que la malade relève la tête l'exophthalmie disparaît. Cette anomalie existe depuis l'âge de 15 ans, époque où apparurent les premières règles; ni traumatisme, ni lésion cardiaque, ni anémie, pas de souffle, ni de pulsation dans les régions orbitaires et temporales. La cause de ces phénomènes doit être attribuée à une dilatation variqueuse des veines de l'orbite, dont la réplétion explique l'exophthalmie; l'énophthalmie, au contraire, est due à l'absence du coussinet graisseux. ROHMER.

Ueber Questchung des Augapfels mit Bluterguss in die vordere Kammer durch Berstung des Schlemmschen Canales (Contusion du globe de l'œil avec épanchement de sang dans la chambre antérieure par rupture du canal de Schlemm), par CZERMAK (*Klin. Monatsbl. f. Augenh., avril* 1889).

Ces cas, extrêmement rares, ne se produisent que quand le corps contondant vient frapper la sclérotique directement au niveau du canal de Schlemm. L'examen anatomique montre que ni l'iris, ni le corps ciliaire n'ont été lésés. Cliniquement, d'après les observations que l'auteur rapporte à la suite de son travail, on voit un caillot de sang dans la chambre antérieure, et dans la cornée on aperçoit des infiltrations

grisâtres, linéaires, qui convergent vers le lieu de la déchirure. L'hémorragie ainsi que les infiltrations cornéennes disparaissent au bout de quelques jours. ROHMER.

Primary sarcoma of the iris, par T. COLLINS (*Roy. London Ophth. hosp. Reports XII*, 3, *p.* 273).

Cette affection est rare puisqu'il n'en existe que 18 cas dans la science, en comptant l'observation qui fait le sujet de ce travail : l'âge moyen est de 20 à 40 ans et il semble que l'affection soit plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Il s'agit le plus souvent d'un sarcome mélanique, à cellules rondes ou fusiformes, dont le point de départ est la partie inférieure de l'iris. Des noyaux disséminés se développent ensuite dans les diverses régions de l'iris et la tumeur gagne les procès ciliaires, l'angle irido-kératique et la périphérie de la cornée. Il n'est donc pas étonnant qu'elle donne lieu à des phénomènes glaucomateux : on a fait dans certains cas l'iridectomie qui a paru donner de bons résultats, mais comme l'excision partielle est rapidement suivie de récidive, il vaut mieux faire l'énucléation, alors même que la vision n'est pas altérée. On n'a pas noté de récidive après l'énucléation : reste à savoir pendant combien de temps les malades ont été observés. Dans l'observation de Collins le malade allait bien 17 mois après l'opération. F. DE LAPERSONNE.

Anastomosen der hinteren Ciliargefässe mit denen des Opticus und der Retina (A propos des anastomoses des vaisseaux ciliaires postérieurs avec les vaisseaux du nerf optique et de la rétine), par RUMSCHEWITSCH (*Klin. Monasthl. f. Augenheilk.*, *février* 1889).

Leber, Müller, Loring, Benson, Birnbacher et d'autres avaient déjà décrit l'émergence de vaisseaux ciliaires au niveau de la papille. L'auteur a vu un nouveau cas.

Il s'agit d'un individu myope de 1,5 D. : au côté interne de la papille est un demi-cercle de scléro-choroïdite mesurant 1/4 de diamètre papillaire. Au-dessus du centre de la papille, on voit émerger l'artère papiliaire supérieure, assez longue, et qui ne se divise que sur la rétine en nasale et temporale supérieures. L'artère papillaire inférieure n'existe pas, tandis que les nasale et temporale inférieures émergent séparément du centre de la papille. Les veines ont une disposition contraire. La veine centrale se divise, dans le tronc du nerf optique, en trois branches, dont l'une, inférieure, ne se divise qu'au niveau du bord de la papille en veines nasale et temporale inférieures. Les deux autres branches dirigées vers le haut, sont l'une, la veine temporale supérieure, à direction normale, tandis que la veine nasale supérieure traverse la papille et le demi-cercle de scléro-choroïdite, puis, au bord de celui-ci, s'enfonce et disparaît subitement dans la profondeur des tissus.

Il est donc évident que ce vaisseau qui se jette dans la veine centrale de la rétine, n'amène pas dans celle-ci le sang de la choroïde mais bien de la rétine, ou bien que la veine nasale inférieure est un vaisseau cilio-rétinien. ROHMER.

Ueber das geeignetste Verfahren der Kapseleröffnung behufs Staarentfernung (Sur la meilleure méthode d'ouvrir la capsule pour l'extraction de la cataracte), par WICHERKIEWITZ (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.*, *mai* 1889).

L'auteur explique d'abord l'importance d'une bonne cystotomie pour le

résultat favorable d'une opération de cataracte. Puis il critique les méthodes suivies jusqu'à ce jour et insiste sur ce fait qu'il ne suffit pas de faire une simple incision de la capsule mais qu'il faut tâcher d'enlever au contraire, autant que possible, la capsule antérieure. Pour atteindre ce but, il s'est fait faire un instrument très délicat, fabriqué par Haertel, à Breslau ; c'est une pince cystotome à quatre dents avec laquelle on peut saisir facilement et enlever la capsule, sans léser ni la cornée, ni l'iris. ROHMER.

Ueber 1,100 vom October 1865 *bis* December 1888 ausgeführte Staarextractionen (Statistique de 1,100 opérations de cataractes), par SCHIESS (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 15, *p.* 461, 1er *août* 1889).

L'usage de la cocaïne a beaucoup réduit les pertes du corps vitré; à partir de la 4e centaine d'opérations, elles n'ont pas dépassé en moyenne 1,75 0/0 et même dans les 2 dernières centaines ces pertes ont été complètement nulles.

Les lavages de la chambre antérieure avec une solution boriquée tiède, pour les débarrasser des restes de substance corticale du cristallin, ont donné d'excellents résultats.

Dans sa dernière centaine, Schiess a fait 36 fois l'extraction simple, sans iridectomie : contrairement à Knapp, il trouve ce procédé plus facile. La seule objection sérieuse est la possibilité de prolapsus de l'iris qui nécessite des opérations ultérieures.

Dans ses 1,100 opérations, Schiess n'a eu aucune ophtalmie sympathique. J. B.

Ueber Cataracta congenita und Regeneration der Krystallinse, par BAENZIGER (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte, n°* 13, *p.* 405, 1er *juillet* 1889).

Fait unique de *restitutio ad integrum* spontanée d'un cristallin cataracté congénitalement.

Baenziger présente un enfant de 13 mois qui n'a encore aucune dent, et est incapable de se tenir debout, à plus forte raison de marcher; à l'âge de 3 mois, la mère avait remarqué la présence sur les deux yeux d'une tache grise au niveau de la pupille. Baenziger reconnut l'existence, à droite, d'une cataracte capsulaire antérieure, arrondie, d'environ 2 millimètres de diamètre, avec trouble diffus, uniforme, paraissant complet, de la substance cristallinienne. Le fond de l'œil ne réfléchissait pas la lumière; chambre antérieure extraordinairement étroite, iris touchant presque la partie postérieure de la cornée. Sur l'œil gauche, se trouvait une cataracte capsulaire antérieure, un peu plus petite; la substance cristallinienne, transparente dans ses portions antérieures offrait, un peu plus profondément, un trouble également diffus. Pas de lumière réfléchie du fond de l'œil, même à la périphérie de la pupille. Chambre antérieure manifestement plus grande qu'à droite.

Rien autre d'insolite dans les yeux : réaction normale des pupilles à la lumière, tension normale, pas de nystagmus. L'enfant tenait le plus souvent ses yeux dirigés vers le haut et fixait un peu une lumière intense; mais il n'apercevait aucun des objets présentés.

Quinze jours plus tard, l'opacité nucléaire du cristallin gauche était plus manifeste et sa face antérieure laissait bien voir la figure étoilée connue. Peu à peu la substance corticale commença aussi à se troubler, tandis que le cristallin se gonflait de plus en plus. En même temps, sur l'œil droit, la chambre antérieure augmentait de profondeur.

Dans les mois suivants, Baenziger pratiqua avec l'aiguille de Bowman une discision sur l'œil gauche et trois sur le droit, mais sans imprimer de forts mouvements de levier à l'instrument. En outre, deux fois dans les tentatives de discision de l'œil droit, il ne ponctionna que la chambre, parce que tout d'abord la capsule antérieure, extrêmement résistante et épaissie, ne se laissait pas pénétrer. Toutes les discisions, accompagnées chaque fois d'une évacuation intentionnelle de la chambre antérieure, guérirent sans phénomènes réactionnels, la plaie capsulaire ne tardant pas à se refermer.

L'œil droit fut opéré pour la dernière fois au milieu de décembre 1888. Lorsqu'un mois plus tard, Baenziger revit l'enfant, il fut étonné de trouver une pupille noire à l'œil droit. Il constata qu'il ne s'agissait pas d'une aphakie, mais bien d'un cristallin complet, redevenu clair dans sa capsule fermée; tout à fait en arrière, lui adhéraient encore quelques vestiges de cataracte. De toute l'opacité, il ne subsistait que la cataracte capsulaire antérieure, ayant conserve son étendue et sa forme originelles. La cataracte de l'œil gauche n'avait éprouvé aucun changement. A droite, le fond de l'œil était bien visible, la papille nettement limitée et de couleur normale. L'enfant fixait de mieux en mieux les objets qu'on lui présentait. J. B.

Die Extraction mit der Kapsel (Extraction de la cataracte avec la capsule), par JACOBSON (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mai* 1889).

Voici comment l'auteur décrit son procédé : après antisepsie et anesthésie de l'œil avec un couteau à iridectomie, il fait une incision de 3 à 4 millimètres dans la partie inféro-externe de la cornée, à 4 millimètres du bord scléral; puis, à travers cette plaie, il introduit un instrument analogue à un crochet à strabisme, la convexité tournée en haut, l'extrémité vers le dedans (s'il s'agit de l'œil droit); l'instrument, introduit à plat, est glissé à travers la pupille derrière l'iris jusqu'au bord du cristallin, de façon que ce bord soit saisi dans la concavité de l'instrument, qui est alors attiré vers l'opérateur ; on déchire la zonule; l'instrument est retiré.

Quelque temps après, on pratique le second temps de l'opération. Chloroforme. Avec un couteau de Graefe à dos très mince, on pénètre au bord inféro-interne, à 3 millimètres au-dessus de la tangente, au bord inférieur de la cornée; on agit de même au bord temporal; les deux incisions doivent toucher par leur extrémité la tangente inférieure. Puis l'opérateur introduit dans la plaie temporale l'extrémité mousse d'un couteau long de 1 centimètre, très solide; passe derrière l'iris, et ressort par la plaie nasale maintenue entr'ouverte par un assistant, puis sectionne le pont corn en selon la tangente inférieure et en faisant tourner le tranchant du couteau de 70°. Il suffit d'écarter les lèvres de la plaie et, avec un petit crochet, d'attirer le cristallin, dont le bord vient effleurer les lèvres de l'incision. L'opérateur suture les lèvres de la plaie, à la lèvre cornéenne, de laquelle il a ménagé un petit pont conjonctival préalablement disséqué. Iodoforme. Pansement. ROHMER.

Divising the capsule during the corneal section, in extraction of cataracte, par KNAPP (*Arch. of Ophth., XVIII, n°* 2, *p.* 169).

Dans 64 opérations successives, Knapp a fait l'ouverture de la capsule avec le couteau de Graefe : dans 3 cas seulement, il a eu quelques difficultés à cause de l'épaississement de la capsule. Les avantages de la

méthode sont de simplifier l'opération en combinant deux temps en un seul et de n'introduire qu'un seul instrument dans l'œil, le couteau de Græfe, qu'il est toujours facile de maintenir rigoureusement aseptique. D'autre part ses désavantages tiennent à ce que, dans les cataractes supramures, la capsule étant épaisse ou dure, le couteau peut ne pas l'entamer, ou l'ayant entamé ne sort pas facilement. Dans tous les cas, la technique opératoire est un peu plus difficile : il est incontestable que, même avec une grande habileté, il ne sera pas possible de tailler le lambeau aussi correctement que lorsqu'on traverse simplement la chambre antérieure : la difficulté sera plus grande encore si la pupille est étroite et la chambre antérieure peu profonde. En résumé, la division de la capsule pendant la section cornéenne est permise et même indiquée, lorsque la pupille est moyennement dilatée, la chambre antérieure profonde et la capsule fine et élastique. F. DE LAPERSONNE.

Ueber Tropfenbildung in der Linse (Formation des gouttelettes dans le cristallin), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk.*, *novembre* 1889).

La forme primitive de la cataracte est la gouttelette ; les plus petites apparaissent à la loupe comme de petits points noirs, les plus grosses comme de petites boules transparentes à bords foncés. A l'état normal, elles n'existent pas chez l'enfant, mais déjà chez les jeunes gens ; elles sont surtout visibles au début d'une cataracte consécutive à un décollement rétinien, ou à une inflammation du fond de l'œil (chorio-rétinite, rétinite pigmentaire), ainsi que dans les cataractes myopiques ou diabétiques et les cas traumatiques.

Pour les voir, il suffit, la pupille étant dilatée par l'atropine, de regarder à l'image droite avec un verre convexe + 2. ROHMER.

Pathologisch-anatomische Studien über die Anfänge des Alterstaares (Etudes anatomo-pathologiques sur le début de la cataracte sénile), par MAGNUS (*Arch. f. Ophth.*, *XXXV*, 3).

Comme méthode d'examen, l'auteur a employé la loupe encore peu utilisée pour les recherches sur le cristallin, et qui présente l'énorme avantage d'être applicable sur le vivant. Ce qui est surtout recommandable, c'est la combinaison de la loupe et du miroir, déjà recommandée par Hirschberg : on emploiera un miroir concave, ou mieux plan, derrière lequel on peut placer 2 lentilles (3 1/2 et 4), à l'aide desquelles on peut obtenir 6 grossissements différents : enfin, en plaçant derrière le miroir une monture de lunette armée d'une autre lentille, on peut obtenir jusqu'à 20 grossissements différents. Il est bon aussi d'imprimer des mouvements de latéralité à la lentille ; mais il faut se garantir des erreurs qui peuvent provenir soit de la paupière supérieure, soit du spectre muco-lacrymal, etc.

Le type de cataracte que l'on rencontre au début de son développement est double : le type le plus fréquent consiste en altérations siégeant dans la partie équatoriale, analogue au gérontoxon du cristallin de Ammon, accompagné d'une zone trouble antérieure ou postérieure, qui survient tôt et intense ; ce type a été trouvé 92.77 0/0 (154 fois sur 166 cas). Le second type dans lequel les opacités se groupent surtout autour de l'équateur du noyau n'a été trouvé que 7.22 0/0.

Les premières altérations consistent toujours en fentes et lacunes remplies d'un liquide aqueux ; ces fentes peuvent être piriformes, fusiformes, arrondies, ou sous forme de poussière, qui à la loupe apparaissent sous forme de petits grains.

Les fentes en forme de poire ne se trouvent que dans les zones opaques antérieures et postérieures ; dès le début apparaissent les lacunes piriformes qui partent toujours d'une zone opaque : plus tard, on en trouve aussi au centre, mais sans rapport avec aucune opacité. Les petites fentes et les grains se trouvent répartis dans toute la lentille et dans toutes les couches. ROHMER.

Ueber den sichtbaren Puls der Netzhautarterien (Sur le pouls visible dans les artères de la rétine), par RAEHLMANN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., janvier* 1890).

Le pouls artériel dans la rétine représente une anomalie de circulation, qui peut être d'un grand poids pour le pronostic des maladies du cœur et des vaisseaux. Il est bien rare que ce phénomène soit une conséquence d'une affection locale de l'œil, en particulier d'une élévation de pression intraoculaire absolue ou relative. Le plus souvent il est l'expression de la propagation de l'ondée sanguine, conséquence d'une augmentation de pression dans le système artériel, laquelle se fait encore sentir dans l'artère centrale de la rétine, alors que normalement on n'y constate pas de pulsations. ROHMER.

Ueber miliare Aneurysmen an den Netzhautgefässen und Netzhautblatungen (Anévrismes miliaires des vaisseaux rétiniens et hémorragies rétiniennes), par RAEHLMANN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., juillet* 1889).

L'auteur rapporte trois observations d'anévrismes des vaisseaux rétiniens, anévrismes miliaires, fusiformes, sous forme de chapelets, ou anévrismes cirsoïdes. Dans le premier cas, il s'agit d'un malade atteint d'hémiplégie droite et de cœur gras; dans le second, d'un syphilitique, et dans le troisième, d'une névrite optique dans le stade atrophique. A l'ophtalmocospe, on distingue deux lésions différentes des artères, l'une avec endartérite caractérisée par la diminution de la lumière du vaisseau, l'autre avec périartérite qui se traduit par des contours épaissis et blanchâtres.

Les hémorragies rétiniennes dépendent de ces altérations vasculaires ; elles sont striées lorsqu'elles existent dans la couche des fibres de la rétine, et proviennent alors des gros vaisseaux. Dans les couches profondes, elles viennent des capillaires et sont ponctuées. Les rétrécissements et les ectasies vasculaires s'observent aussi bien sur les artères que sur les veines. ROHMER.

Die Entartung der Netzhautmitte bei Greisen (La dégénérescence du centre de la rétine chez les vieillards), par HIRSCHBERG (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1889).

Chez des vieillards sains, on voit quelquefois la vision centrale baisser à tel point qu'ils ne peuvent plus lire qu'avec de grandes difficultés, tandis que la vision périphérique reste intacte ; dans ce cas, on trouve

à l'ophtalmocospe le milieu du fond de l'œil parsemé de taches claires dans lesquelles on peut même trouver des cristaux. La vision centrale est diminuée (1/12 au moins), il existe un scotome central. Avec les années, les altérations rétiniennes s'accentuent et la vision diminue. On voit alors au centre de la rétine des taches rosées, parsemées de cristaux blanchâtres; dans le voisinage et derrière les vaisseaux sont des taches bleuâtres plus récentes. A la périphérie, on aperçoit un pointillé noirâtre; mais ici, le malade n'accuse nul trouble de la vision. Le traitement est nul; la cécité n'arrive jamais, même lorsque les malades dépassent 80 ans. ROHMER.

Ueber Netzhauterholung (Du repos de la rétine), par FICK et GUERBER (9e *Congrès d'ophth. Heidelberg*, 1889).

Il est connu que la rétine se fatigue avec la plus grande facilité. Il doit y avoir différents facteurs qui compensent cette fatigue : d'après Fick et Gürber, ce sont les mouvements des yeux et des paupières et le jeu de l'accommodation; celle-ci augmente la tension intraoculaire, quoique d'une façon insensible, et régularise de la sorte la circulation rétinienne. ROHMER.

Ueber die Erkrankungen der Macula lutea der Netzhaut (Des affections de la tache jaune rétinienne), par Ernst MEYER (*Zurich* 1889 *et Correspondenz-Blatt f. schweiz. Aerzte, p.* 760, 1889).

Meyer est un élève de Haab (*R. S. M.*, XXVIII, 702) qui lui a fourni les observations nécessaires à la rédaction de ce travail.

L'affection sénile de la tache jaune se présente généralement sous forme de taches très petites; elle siège dans l'épithélium pigmenté de la rétine. Comme elle produit un trouble considérable de la vue, il est prudent d'examiner de bonne heure l'état du fond de l'œil chez les vieillards atteints de cataracte, afin qu'après l'opération il n'y ait pas de déception.

Les contusions du globe oculaire, outre le trouble rétinien de Berlin qui siège à la périphérie, peuvent donner lieu à un trouble analogue dans la région de la tache jaune. Ce trouble est passager et son pronostic est bénin. Dans d'autres cas, le traumatisme aboutit à une affection durable, circonscrite aux portions centrales de la rétine : décollement de l'épithélium pigmenté qui s'atrophie consécutivement. Il est à noter que les traumatismes (contusion, perforation du bulbe, pénétration d'un corps étranger) n'ont pas besoin d'atteindre directement la tache jaune pour entraîner l'affection en question : des esquilles logées à la périphérie de la rétine peuvent la déterminer.

Meyer relate également des affections de la tache jaune liées les unes à des affections de l'orbite, d'autres à l'anémie et enfin quelques cas dont l'étiologie est obscure. J. B.

Zur Anatomie der Netzhautablösung, par BECKER (9e *Congrès d'ophth. Heidelberg* 1889).

Becker divise les décollements rétiniens en trois sortes : les uns dans lesquels la rétine a entraîné la couche pigmentaire, les autres dans lesquels le pigment est resté en place, et ceux enfin où ces deux cas peu-

vent se présenter. D'après les recherches de Kühne sur des grenouilles, la fonction de la rétine peut se refaire dès que les bâtonnets reviennent au contact avec l'épithélium pigmentaire. Serait-ce le cas pour les décollements récents ? Dans les décollements anciens, cônes et bâtonnets sont détruits; c'est ce qu'on a observé dans la plupart des cas, qui équivaudraient alors à une déchirure de la rétine. ROHMER.

Ein Fall von operativ behandelter Amotio Retinæ (nach Schöler) mit tödlichem Ausgang (Un cas de décollement de la rétine traité par la méthode de Schöler et terminé par la mort), par GELPKE (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., septembre* 1889).

Il s'agissait d'un homme de 66 ans, fort, jusque-là bien portant qui, pour une cause inconnue, est atteint de décollement de la rétine gauche. On appliqua le traitement de Schœler (injection de trois gouttes de teinture d'iode dans la cavité du décollement), en s'entourant de toutes les précautions de la méthode antiseptique. Malgré cela, il ne tarda pas à survenir un gonflement gangreneux des paupières et de la joue du même côté, par infection du bulbe et choroïdite purulente infectieuse; deux jours plus tard survint une méningite aiguë qui emporta le malade six jours après l'intervention.

L'auteur se réserve d'éclaircir ce cas lorsqu'il aura pratiqué l'examen microscopique de l'œil. ROHMER.

Zur Behandlung der Netzhautablösung (Traitement du décollement de la rétine), par ULRICH (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., septembre* 1889).

L'auteur publie trois observations de décollement rétinien avec amélioration sensible. Il part de l'idée que la maladie est, dans la plupart des cas, une conséquence de la choroïdite à marche très chronique, et qui nécessite par conséquent un repos très prolongé. Les opacités du corps vitré que l'on observe chez des myopes jeunes ou de l'âge adulte sont un symptôme souvent grave, souvent un prodrome du décollement. Le point le plus important du traitement est le repas au lit et l'usage interne du salicylate de soude, 4 à 5 grammes par jour, puis le bandage compressif. Ulrich fait porter le bandage compressif pendant la nuit, puis deux heures dans l'après-midi. Dans les débuts, il conseille également contre la choroïdite un traitement par friction mercurielle. ROHMER.

Kurze Bemerkungen über die Wirksamkeit der Iodtinktur (Courtes remarques sur l'action de la teinture d'iode à propos du cas de mort publié par Gelpke), par SCHOELER (*Centralb. f. prakt. Augenheilh., novembre* 1889).

Schœler défend son procédé de traitement du décollement de la rétine à propos du cas de mort décrit par Gelpke. La teinture d'iode est antiseptique, elle s'emploie à doses massives en injection dans les goitres, les hydrocèles, les kystes de l'ovaire, etc. Elle ne provoque pas de thromboses, puisqu'on l'injecte dans les anévrismes; même dans le liquide céphalo-rachidien (spina bifida), elle ne provoque pas d'accidents. Il ne reste donc plus pour expliquer l'insuccès de Gelpke que d'invoquer l'infection par la plaie opératoire. ROHMER.

1° Traitement de l'iridocyclite par les injections intra-oculaires antiseptiques ; 2° nouveaux cas de décollement rétinien traités par les injections iodées, par SCHŒLER et par SCHWEIGGER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 620, 8 *juillet* 1889).

1° *Iridocyclite.* — Schœler a eu l'idée de rechercher si l'introduction d'antiseptiques dans l'intérieur de l'œil, intact au point de vue de la continuité de ses enveloppes, était en état de modifier l'évolution des processus de suppuration du globe oculaire.

Samelsohn (*R. S. M.*, XXIX, 708) avait déjà fait avec le sublimé des essais encourageants sur l'homme dans les cas de plaies pénétrantes de l'œil. Schœler a d'abord expérimenté sur des lapins les effets des injections dans le corps vitré de solution de sublimé (de 1/5000 à 1/100), de biodure de mercure au 1/100, de chlorhydrate de quinine à 2/100, d'iodure de potassium (de 1 à 5 0/0) et de salicylate de soude (de 1/5 à 1/2).

Seules, les injections étendues de salicylate de soude et d'iodure de potassium et parfois d'acide phénique n'occasionnèrent pas assez d'altérations destructives pour qu'on pût compter sur une restitution de l'acuité visuelle.

Il a constaté, en outre, que ces divers médicaments avaient une action élective, les uns sur le corps vitré, les autres sur la rétine, d'autres encore (tel que l'eau oxygénée) à la fois sur le cristallin et la rétine.

Après ces premières expériences faites sur des yeux sains, Schœler a provoqué chez des lapins une irido-cyclite purulente par injection d'une infusion de foin putride. Jamais il n'a réussi à prévenir entièrement le développement de l'irido-cyclite par une injection antiseptique. Il a noté toutefois que les substances les moins inefficaces, sous ce rapport, étaient précisément celles qui avaient le moins d'action sur l'œil normal, à savoir; le salicylate de soude et la solution phéniquée qui arrêtaient nettement l'extension de l'irido-cyclite septique. Ses tentatives thérapeutiques sur l'homme sont au nombre de trois.

Le premier fait concerne un enfant de 18 mois, atteint d'iridocyclite à marche suraiguë. Jugeant le cas désespéré, Schœler lui pratiqua dans le corps vitré une injection (d'une division de la seringue) d'une solution de salicylate de soude à 50 0/0. Dix-huit heures plus tard, l'hypopion avait disparu; le lendemain, il en était de même de l'infiltration purulente du limbe cornéal. Le sixième jour, l'iris n'était plus ni gonflé ni vascularisé; deux jours plus tard, cessation de tous les phénomènes inflammatoires, à part un peu de rougeur du globe oculaire; perceptions lumineuses. Le quinzième jour on distingue la papille optique. Enfin, au bout de six semaines, la tension de l'œil est normale, et il ne reste d'autres phénomènes morbides qu'une opacité centrale de la capsule cristallienne antérieure, occupant la place de l'exsudat disparu, et quelques synéchies postérieures; le corps vitré n'offre plus aucune lésion.

Le troisième fait concerne un garçon de 14 ans qui, à la suite d'une méningite cérébro-spinale épidémique, avait perdu complètement la vision du côté gauche (cataracte compliquée) depuis cinq ans. Par le fait d'un traumatisme survenu il y a huit jours, cet œil était devenu rouge, larmoyant et douloureux. Schœler lui injecte dans le corps vitré deux divisions de la seringue contenant une solution de salicylate sodique à 50 0/0. La douleur fut modérée. Dès le lendemain, il n'existe plus la moindre sensibilité du globe,

même quand on appuyait le doigt sur la région ciliaire supérieure, mais le globe était un peu plus hyperémié que la veille. Le vingt-neuvième jour, voyant que le larmoiement et la rougeur persistaient, Schœler injecta dans le corps vitré, du côté temporal de la sclérotique, trois divisions d'une seringue de Pravaz, contenant une solution de sublimé au centième. Le lendemain, gonflement énorme et dur des paupières, chémosis conjonctival. Vives douleurs. Etat glaucomateux. Œil droit normal. La tension anormale du globe et le chémosis persistent une semaine. Neuf jours plus tard, atrophie du globe; tension = — 2. Hématome abondant dans la chambre antérieure. Aucune douleur.

Dans le second cas, où il y avait plaie de la cornée, cataracte traumatique, etc., l'injection d'une solution phéniquée à 2 0/0 (une division de la seringue) dans le corps vitré ne fut douloureuse que pendant une demi-heure, et fut tout aussi efficace pour guérir une iridocyclite suppurée.

Dans la discussion, Schweigger déclare qu'il ne croit pas aux antiseptiques qui tueraient les organismes du pus sans détruire en même temps les milieux de l'œil; il n'est pas convaincu par les trois faits de Schœler.

2° *Décollement rétinien.* — Schweigger a essayé les injections de teinture d'iode, recommandées par Schœler, mais il n'a pas obtenu la moindre amélioration chez aucun de ses six malades.

Les progrès vers la guérison ont continué au contraire chez les cinq malades soignés de cette façon par Schœler (*R. S. M.*, XXXIV, 283). Depuis, il a traité par les injections iodées six nouveaux cas de décollement de la rétine, et pour cinq d'entre eux il a obtenu un succès immédiat parfait. Malheureusement, par suite d'une technique défectueuse, quatre ont eu une récidive, tout en conservant une amélioration très notable de la vision. J. B.

Some cases of monocular neuro-retinitis, par J. FULTON (*Arch. of ophth, XVIII, n° 2, p.* 127).

L'auteur résume quatre cas de névrite rétrobulbaire monoculaire. On ne pouvait invoquer ni les traumatismes craniens, ni un néoplasme, ni la syphilis, et pour deux cas la cause est restée très obscure. Dans un cas, il y avait eu exposition de l'œil à la lumière électrique, et il y eut atrophie rapide d'une portion de la papille : la vision centrale est restée complètement abolie. Dans les autres observations, au contraire, la guérison survint rapidement sous l'influence des injections de pilocarpine, de l'iodure de potassium, des frictions mercurielles, etc. L'exsudation s'arrêta aussi bien dans le nerf optique que dans la rétine ; il n'y eut pas de tendance à l'atrophie optique, et il y eut une restauration complète de la vision, malgré le haut degré d'inflammation. F. DE LAPERSONNE.

Ueber intermittirende Netzhautreizung (Excitations intermittentes de la rétine), par BELLARMINOFF (*Archiv f. Ophth., XXXV*, 1).

L'auteur s'est proposé de déterminer la différence qui existe entre le centre et la périphérie de la rétine pour des excitations intermittentes dépendant : 1) des couleurs, 2) d'intensités lumineuses, 3) de la grandeur et de la forme des objets, 4) du siège de l'image sur la rétine.

Les conclusions sont les suivantes :

1) Le nombre d'excitations nécessaires pour produire une impression continue de couleurs d'intensité faible et moyenne est plus grand pour

le centre que pour la périphérie, et pour la partie nasale que pour la partie temporale de la rétine.

2) Cette différence de sensibilité pour des excitations intermittentes est surtout nette pour les raies bleues et violettes du spectre.

3) Avec de fortes intensités, le nombre des interruptions nécessaires pour provoquer une impression continue est plus grand au centre qu'à la périphérie, ce qui dépend probablement de la fatigue plus rapide des parties excentriques de la rétine.

4) Si la grandeur des objets varie notablement, le nombre des excitations nécessaires pour produire une impression continue ne varie que très peu.

5) La forme des objets n'est d'aucune importance.

6) Le nombre des excitations nécessaires pour produire une impression continue augmente avec la vitesse de rotation de la plaque excitatrice.

7) L'intensité des images consécutives positives est plus grande à la périphérie de la rétine, et sa durée moindre qu'au centre.

8) La plus grande impressionnabilité de la périphérie aux excitations intermittentes, surtout quand il s'agit d'intensites lumineuses, est d'une grande importance dans le règne animal pour la lutte pour la vie et la conservation des individus. ROHMER.

Ueber ein pulsirendes Dehnungsaneurysma der Arteria centralis Retinæ (A propos d'un anévrisme pulsatile de l'artère centrale de la rétine), par RAEHLMANN (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. juin* 1889).

Après avoir rappelé l'historique de la question, l'auteur cite deux cas d'anévrismes des artères centrales de la rétine chez des individus artério-scléreux; la faiblesse de résistance des parois artérielles à elle seule ne suffit pas, il faut encore une augmentation de pression du sang. Dans un troisième cas, l'auteur pense que cette seule augmentation a suffi, l'anévrisme s'étant développé au niveau de la division de l'artère centrale en deux branches, s'eloignant perpendiculairement de leur branche d'origine; le malade était atteint d'hypertrophie du cœur et d'albuminurie; toute lésion artérielle est écartée, parce que l'auteur n'en a pas constaté à l'ophtalmoscope (?). ROHMER.

Recherches sur les troubles oculaires dans le tabes dorsal et essai d'une explication unique du complexus des symptômes dans le tabes, par E. BERGER (*C. R. Soc. biologie*, 23 *mars* 1889).

En dehors des symptômes spinaux, on observe dans le tabes dorsal des altérations des noyaux situés dans la moelle allongée, du nerf optique, des troubles fonctionnels du cervelet et aussi, dans des cas rares, du cerveau.

L'affection du nerf optique est produite par des troubles vaso-moteurs.

Les cas de tabes développés dans la jeunesse ou dans la vieillesse sont exempts de complications graves oculaires. Le tabes débute, chez les syphilitiques (43 0/0), par des symptômes cérébraux, et, chez les non-syphilitiques, par des symptômes spinaux. Le larmoiement fréquent des tabétiques semble être une névrose vaso-motrice. La mydriase est

plus fréquente dans les périodes préataxique et paralytique ; le myosis, dans la période ataxique. L'atrophie du nerf optique est plus fréquente dans les cas où existent des paralysies des muscles oculaires : elle commence presque toujours dans la période préataxique. L'œil gauche est deux fois plus souvent atteint le premier que le droit. Parmi les nerfs des muscles de l'œil, c'est la troisième paire qui est la plus fréquemment atteinte.

Les troubles fonctionnels sont produits par des altérations dans la nutrition (vaisseaux). La lésion de la paroi des vaisseaux correspond à une endartérite oblitérante. Le rétrécissement du calibre du vaisseau entraîne l'atrophie du tissu nerveux et l'hypertrophie de la substance connective. P. L.

Fall von in die Netzhaut eingeheiltem Fremdkörper mit Erhaltung des Sehvermögens, par HOSCH (*Correspondenz-Blatt für schweizer Aerzte*, *n°* 15, *p.* 463, 1 *août* 1889).

Knapp n'a trouvé dans la littérature que 12 cas de corps étrangers enkystés dans la rétine, avec conservation de la vue; il y a ajouté deux faits personnels. Depuis lors, on n'a publié aucune observation de ce genre. En voici une :

Ouvrière des champs, âgée de 24 ans; en piochant la vigne, elle reçoit quelque chose dans l'œil droit. Un médecin consulté immédiatement ne découvre pas de corps étranger. Ni inflammation ni douleur. Un an après l'accident, l'œil droit devient moins bon. La malade compte de ce côté les doigts à 3 mètres de distance. Rien d'anormal extérieurement. Point d'injection; tension normale ; pupille nette; cristallin transparent. A l'éclairage avec une lentille, on distingue à la partie supéro-interne du limbe cornéen un léger trouble, et en arrière une petite tache noire dans l'iris qui devient claire et brillante lorsqu'on l'éclaire directement; il s'agit évidemment d'un trou dans l'iris qui a donné passage au corps étranger.

Ce dernier se trouve enkysté à la partie inféro-externe de la rétine, sur laquelle il proémine légèrement; il est placé transversalement, de couleur noire et en forme de pointe de lancette; il est enveloppé par une capsule d'un blanc aveuglant. A son voisinage, on aperçoit des taches noires et jaunâtres et de grandeurs diverses, irrégulièrement disséminées. Papille un peu congestionnée à contours un peu effacés. Pas d'affection de la tache jaune. Expectation jusqu'à nouvel ordre.

Horner a montré que, dans les blessures de l'œil reçues en piochant, il s'agit presque sans exception d'éclats de l'instrument lui-même et non de parcelles de pierre, comme le prétendent les blessés. Ce fait a son importance, au point de vue thérapeutique (extraction par l'aimant). Horner avait remarqué également que ces blessures avec corps étrangers offrent des degrés de gravité différents selon la nature du sol où elles ont eut lieu, selon la constitution géologique du terrain où elles se sont produites. On sait aujourd'hui que la gravité plus grande de ces lésions tient à la présence de terre infectée, ce qui explique la bénignité de la terre de celles constatées dans des localités à sol rocheux.

Dans sa discussion, Schiess insiste également sur la rareté des corps étrangers du fond de l'œil avec persistance de la transparence des milieux. Il en a publié un exemple en 1879 et, ultérieurement, observé un autre cas chez un jeune homme de 16 ans, qui avait une esquille d'acier

logée dans la rétine, non loin de la pupille. (*R. S. M.*, IV, 293 et VII, 723.)

Schiess présente ensuite un globe oculaire qu'il a dû extraire à la suite de la pénétration d'un éclat de ciseau. La cornée offrait une opacité considérable; il y avait du sang dans le corps vitré. L'extraction par l'aimant échoua. Guérison avec décollement rétinien. Plus tard, apparition d'iritis avec gonflement et trouble du cristallin jusque-là intact. Enucléation. Le corps étranger se trouvait enclavé dans la sclérotique au-dessous du muscle droit externe. J. B.

Ein Fall von Ophthalmoplegia bilateralis exterior congenita (Un cas d'ophtalmoplégie bilatérale extérieure congénitale), par GAST (*Klin. Monatsbl. f. Augenh. juin* 1889).

Une femme de 33 ans est atteinte de paralysie complète des muscles extrinsèques des deux yeux, avec ptosis incomplet des deux côtés : ce n'est qu'en bas et en dedans que les yeux pouvaient faire une légère excursion de un millimètre environ. La pupille réagit normalement ; $V = \frac{20}{30}$; accommodation normale. Champ visuel normal. Pas de diplopie. Les deux papilles sont excavées et entourées d'une bordure orangée; le reste de la rétine est couvert de pigment, mais moins que dans la rétinite pigmentaire.

L'auteur admet une paralysie nucléaire, et non dépendante d'une lésion des muscles ou des nerfs, du nerf oculo-moteur, au niveau du plancher du troisième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius. Ce qui fait l'intérêt de ce cas, c'est l'absence totale du mouvement des yeux, tandis que dans les autres cas d'ophtalmoplégie congénitale on observe des mouvements partiels sous la dépendance de l'oculo-moteur, des signes de mouvements du grand oblique et des secousses analogues au nystagmus. ROHMER.

De l'atrophie des nerfs optiques dans le pronostic de la sclérose des cordons postérieurs, par DÉJERINE et MARTIN (*C. R. Soc. biologie*, 22 *juin* 1889).

Les auteurs ont vérifié l'opinion de Benedikt relative à l'opposition qui paraît exister entre l'état du fond de l'œil, d'une part, et l'évolution de la sclérose des cordons postérieurs, d'autre part. En examinant cent tabétiques, ils ont reconnu que l'atrophie papillaire survenant au début du tabes arrête presque toujours l'évolution de la sclérose des cordons postérieurs, en même temps qu'elle diminue souvent les symptômes d'ordre sensitif, douleurs fulgurantes, etc. Mais, contrairement à l'opinion de Benedikt, il ne paraît plus en être de même quand l'atrophie papillaire survient à une époque plus avancée du tabes; lorsque l'incoordination est établie, la cécité n'influe en rien sur la marche de cette dernière. Il est vrai qu'un tabétique arrivé à la période d'incoordination devient rarement tout à fait amaurotique. PAUL LOYE.

Zur Morphographie der Papilla Nervi optici (Contribution à la morphographie de la papille optique), par RUMSCHEWITSCH (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., mai* 1889).

Dans un cas, l'auteur a vu une excavation physiologique de la papille, située au centre de celle-ci, à forme ovalaire irrégulière. Dans un autre, ce sont deux taches ovales réunies l'une à l'autre par une partie plus étroite; l'une des taches siège sur l'entrée du nerf optique; l'autre

sur l'emplacement de la tache jaune; il semble que ce soient des fibres à myéline. Le champ visuel est normal en apparence avec H=3D.

ROHMER.

Migraine ophtalmique hystérique, par BABINSKI (*C. R. Soc. biologie* 27 *juillet* 1889).

La migraine ophtalmique est un syndrome qui peut dépendre de causes diverses. On la voit apparaître au début de la paralysie générale; dans certains cas, elle semble constituer une forme larvée de l'épilepsie; elle survient parfois chez des sujets goutteux ou hystériques.

Babinski rapporte quatre observations, recueillies dans le service de Charcot, desquelles il résulte que la migraine ophtalmique peut être tributaire de l'hystérie et en constituer une manifestation.

Dans une de ces observations, on voit les attaques convulsives et les accès de migraine se développer à la même époque. L'aura est représentée dans certaines attaques par du mutisme, dans d'autres par de la migraine : le mutisme et la migraine sont en quelque sorte des équivalents. Or, comme le mutisme, par ses caractères, paraît de nature hystérique, il en doit être de même de la migraine. Enfin, on voit dans cette même observation, la migraine et les attaques convulsives disparaître en même temps.

PAUL LOYE.

Chronic interstitial hepatitis with hemeralopia, par ARMSTRONG (*N. York med. journ., p.* 571, 25 *mai* 1889).

Un marin de 43 ans a été atteint, pendant une traversée, un mois avant d'arriver à New-York, d'héméralopie; on a dû le dispenser de faire le quart après le coucher du soleil.

Au lieu de constater, comme chez les marins affectés d'héméralopie peu après le passage de la ligne, de l'anémie rétinienne, on trouve au contraire les vaisseaux rétiniens congestionnés.

C'est un alcoolique ; il n'a pas de trouble digestif, mais il a des cauchemars, se lève la nuit, et parcourt la salle sans avoir conscience de ses actes.

Au milieu de la nuit du 22 mars, chute, convulsions, évacuation involontaire d'urine et de matières. Le matin, on trouve le malade dans le coma ; stertor, pupilles dilatées, mort au bout de 24 heures.

Autopsie. Cerveau sain; rien dans le cœur et les poumons. Légère néphrite parenchymateuse. Un peu d'ascite. Le foie pèse 1,410 grammes et présente les altérations manifestes de la cirrhose.

L. GALLIARD.

Some of the rarer and graver formes of cinchonism (Formes graves et rares du quinisme), par ATKINSON (*Am. med. Assoc. New York med. record, p.* 712, 29 *juin* 1889).

L'auteur appelle l'attention sur la cécité quinique dont il a recueilli 50 cas.

Elle peut être soudaine ou graduelle; quelquefois elle apparaît en 24 heures. Dans presque tous les cas la vue revient, mais les yeux restent affectés pendant longtemps, parfois deux ans; la perte des couleurs peut persister; la pupille est dilatée, la papille est blanche et pâle, il peut y avoir de l'anesthésie de la cornée, du strabisme, etc. De petites doses peuvent amener des rechutes.

La dose nécessaire est variable, 12 grains ont suffi (Wood). Les

grosses doses peuvent ne pas produire la cécité; il y a donc prédisposition. La surdité est temporaire ; elle est accrue chez ceux qui sont déjà sourds.

Il faut des doses énormes pour causer la mort, et les cas mortels sont très rares. P. DUFLOCQ.

Ueber Convergenzlähmungen (Paralysie de la convergence), par PETERS (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., août* 1889).

Après avoir cité deux observations personnelles et rappelé les opinions des auteurs qui se sont récemment occupés de la question, l'auteur conclut, comme eux, que souvent la paralysie de la convergence est un symptôme d'une maladie des centres nerveux, sclérose disséminée, neurasthénie, hystérie, alcoolisme et tabes.

Dans les cas typiques, les symptômes subjectifs de la paralysie de la convergence consistent surtout en vertiges et diplopie. Pendant la fixation de près d'un objet placé sur la ligne médiane, la réaction pupillaire fait défaut, les globes restent immobiles. Si l'on couvre un œil, celui-ci se dévie et s'immobilise en dehors, tandis que le congénère se place péniblement en dedans à l'aide des mouvements latéraux associés; Graefe cependant regarde ces faits comme rares. Il est plus fréquent de voir la convergence non pas abolie, mais seulement très diminuée; dans le premier cas, l'étendue de la convergence est réduite à son minimum, elle ne s'effectue que péniblement pour la fixation d'un objet rapproché ou incomplètement et à l'aide des mouvements latéraux associés. Le plus faible prisme à base en dehors provoque déjà de la diplopie pour la vision de près, et l'adduction elle-même est souvent notablement limitée. Dans le cas d'asthénopie musculaire ou d'insuffisance des droits internes, l'étendue de la convergence est plus grande et même intacte; pour un objet rapproché, les yeux au début se placent profondément en convergence, puis subitement l'un d'eux se dévie. Ce phénomène se produit lorsqu'on cache l'un des yeux, dès qu'il n'y a plus d'intérêt à la vision binoculaire.

La thérapeutique doit surtout s'adresser à la maladie primitive. Contre le trouble oculaire on se trouve assez désarmé. La diplopie peut être évitée en recouvrant un œil. L'intervention chirurgicale, avancement ou reculement, est absolument impuissante, d'après Landolt, et peut même produire de la diplopie pour la vue de loin. L'emploi des prismes, le seul utile, est limité à cause du petit nombre de ceux qu'il est possible d'employer. ROHMER.

Ueber Farbenstörungen bei Sehnervenatrophie (Du trouble des couleurs dans l'atrophie du nerf optique), par KNIES (9e *Congrès d'ophth. Heidelberg, septembre* 1889).

L'auteur a observé trois cas d'atrophie du nerf optique avec troubles de la perception colorée. Dans le premier cas, l'acuité visuelle était normale, et le champ visuel rétréci en dehors et en haut. L'épreuve des laines colorées montra une cécité partielle pour le vert. Dans le second cas, $V = 1/3$; le champ visuel était rétréci concentriquement, le jaune était confondu avec l'orange ; mais l'examen spectral montra la perception des couleurs normales. Dans le troisième cas, il y avait cécité centrale

pour le vert ; mais avec un éclairage intense, le vert était nettement perçu. Au début, le rouge était confondu avec l'orange. L'auteur pense que le siège de la perception des couleurs n'est pas dans la rétine, mais dans l'écorce cérébrale. ROHMER.

Ueber die Bewegunsanomalien des Auges bei der disseminirten Herdsklerose (Anomalies des mouvements oculaires dans la sclérose en plaques disséminées), par UHTHOFF (9e *Congrès d'opht. Heidelberg* 1889).

L'auteur a examiné 100 cas de sclérose multiple et a trouvé des paralysies musculaires dans 17 0/0 des cas ; 6 fois, paralysie de l'abducteur, 3 fois de l'oculo-moteur, 3 fois de la convergence et 2 fois une ophtalmoplégie externe. Les paralysies sont d'origine centrale et ne surviennent que dans les périodes avancées de la maladie. Elles sont souvent doubles. Le tabes donne lieu plus souvent à des paralysies musculaires ; dans 26 0/0 des cas, il y avait paralysie de toutes les branches de l'oculo-moteur commun, dans 12 0/0 de l'abducteur. L'ophtalmoplégie interne confirmée se rencontre dans le tabes, l'ophtalmoplégie externe est plus rare ; c'est le contraire dans la sclérose. Dans cette dernière, on trouve souvent du nystagmus (12 0/0), et des secousses de nystagmus dans 46 0/0 des cas. Le nystagmus a une haute signification pathognomonique dans le diagnostic de la sclérose disséminée. Les paralysies de la sclérose se différencient de celles d'origine tabétique, en ce qu'elles sont associées avec des secousses de nystagmus, tandis que les secondes se rencontrent en même temps que la paralysie pupillaire réflexe. Les symptomes pupillaires sont minimes dans la sclérose ; Uhthoff a rencontré un seul cas de paralysie pupillaire réflexe, tandis qu'il a vu trois fois une inégalité des pupilles. ROHMER.

Ueber ophthalmoskopische Erscheinungen in der Peripherie des Augengrundes (Aspects ophthalmoscopiques de la périphérie du fond de l'œil), par MAGNUS *Arch. f. Ophth., XXXV,* 3).

Les recherches furent faites pour la plupart après instillation d'homatropine et à l'image renversée. Des altérations furent trouvées chez 80 individus ; 31 n'avaient pas encore atteint l'âge de 40 ans, soit 38.75 0/0, chez lesquels on peut exclure toute altération sénile ; mais il est probable que parmi les autres il s'en trouvait aussi quelques-uns chez lesquels les altérations étaient antérieures à la quarantième année, quoique cette distinction soit, à la vérité, difficile à faire.

Les conclusions du travail sont les suivantes :

1° Le corps ciliaire est quelquefois abordable à l'examen ophtalmoscopique et se montre comme un cordon pigmenté, situé à la périphérie, à bords étoilés ou frangés.

2° La zone voisine du corps ciliaire est souvent d'aspect plus clair que le reste du fond de l'œil dont elle se sépare quelquefois par un bord laiteux. On voit dans cette région de fins vaisseaux choroïdiens parallèles entre eux et plus apparents.

3° On peut trouver à la périphérie du fond de l'œil dans le voisinage du corps ciliaire, aussi bien chez des individus jeunes que chez de plus âgés, des points malades, tandis que le reste du fond de l'œil a un aspect normal.

4° Les points malades présentent l'aspect tantôt de taches blanches moyennes, ovales ou arrondies, tantôt de lignes semi-blanchâtres, ou encore elles se fusionnent pour former un cordon continu sur toute la limite de la périphérie du fond de l'œil.

5° Dans le voisinage des taches, on trouve souvent du pigment répandu surtout immédiatement sur leurs bords.

6° Chez les individus jeunes, la myopie d'un degré élevé a été invoquée comme cause de ces altérations.

7° Dans l'œil très myope, le cordon atrophique de la périphérie est caractéristique, et son étendue est en proportion directe avec le degré de la myopie.

8° Le staphylome postérieur et les altérations périphériques antérieures évoluent ensemble dans la plupart des cas. Des yeux atteints de staphylome postérieur ont plus souvent des lésions antérieures que ceux qui n'ont pas de staphylome ; ce sont surtout les énormes staphylomes circulaires (ceux des myopes) qui paraissent y prédisposer, plutôt que les petits.

L'évolution des lésions périphériques est directement proportionnel à l'âge des individus ; chez les individus jeunes, on les trouve à leur début ; chez les vieux de myopie égale, les lésions sont plus avancées.

Un tiers presque des yeux myopes avait des lésions maculaires.

9° Chez les vieillards, dont les yeux ne sont pas atteints de myopie élevée, l'âge est une cause provoquant les lésions périphériques.

10° L'auteur ne saurait, d'après les faits observés par lui, quelle influence l'hypermétropie exerce sur la production de ces lésions périphériques. ROHMER.

Ein Fall von Schwefel Kohlenstof-Amblyopie (Un cas d'amblyopie due au sulfure de carbone), par BECKER (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk, mai* 1889).

Un individu de 66 ans, employé depuis plusieurs années dans une fabrique de caoutchouc, ni alcoolique ni grand fumeur, se plaint d'abord d'un goût sucré désagréable et de perte d'appétit; l'acuité visuelle est diminuée; le champ visuel périphérique est intact, mais il existe un scotome central énorme, avec cécité pour les couleurs. Rien à l'ophtalmoscope. On institua un traitement à l'iodure de potassium, au fer, à la noix vomique, puis on fit même des injections de chlorhydrate de strychnine. Au bout d'un mois, l'amélioration était manifeste, l'acuité augmentée ; le scotome pour les couleurs diminué ; puis l'état resta stationnaire. ROHMER.

Du curage antiseptique de l'œil dans la panophtalmie, par CHIBRÉT (*Revue gén. d'ophtalm., VIII, n°* 5, *p.* 199).

Il n'est pas toujours nécessaire de faire l'énucléation en présence d'une panophtalmie, surtout au début, et d'autre part l'exentération ne parait pas devoir être acceptée. Chibret pense qu'il est possible d'enlever exactement les parties en suppuration et de conserver tout le reste. Pour cela, il taille un large lambeau dans la partie inférieure de la cornée, il dilacère l'iris et même le cristallin avec l'extrémité du couteau, et il fait ensuite une série d'injections d'oxycyanure de mercure au 1/1000, de façon à décoller les parties suppurantes et à les entraîner : il faut continuer les injections jusqu'à ce que le liquide revienne absolument clair.

Les suites sont très simples, et l'œil peu réduit permet l'usage plus facile d'une pièce artificielle. F. DE LAPERSONNE.

On cases of hœmorrhage into the eye occuring in young men, par J. HUTCHINSON (*The roy. London ophth. hosp. Reports, XII, f.* 3, *p.* 201).

L'auteur a publié déjà une observation de ce genre : il a pu suivre le malade depuis plusieurs années, et il en a examiné d'autres depuis. Il reste convaincu que la facilité de ces hémorragies intraoculaires est en rapport avec l'âge des malades, et paraît être due aux troubles apportés par le système génital au moment de la puberté. Elles se reproduisent à la même époque et dans les mêmes conditions que d'autres hémorragies plus communes, comme les épistaxis. Sans vouloir nier l'influence héréditaire de la goutte ou les effets d'une constipation négligée, il est certain que l'âge et le sexe sont les facteurs principaux. Chez les femmes les hémorragies sont exceptionnelles, ce qui tient probablement à la menstruation; dans le seul cas qu'Hutchinson ait observé chez la femme, les règles étaient irrégulières. Chez l'adulte et chez le vieillard, les hémorragies du corps vitré ne se présentent pas dans les mêmes conditions : elles sont moins sujettes aux récidives et n'occupent généralement qu'un seul œil, ce qui est le contraire chez les jeunes gens.

F. DE LAPERSONNE.

Wo liegt die vorden Grenze. (Limites antérieures des régions du fond de l'œil visibles à l'ophtalmoscope), par GROENOUW (*Arch. f. Ophth., XXXV,* 3).

En faisant abstraction des milieux transparents, la limite antérieure de l'examen ophtalmoscopique serait formée par une ligne allant du bord pupillaire de l'iris au bord de la sclérotique, c'est-à-dire à 6 millimètres en arrière du bord de la cornée : les milieux optiques de l'œil transforment cette formule, dont les calculs théoriques ne peuvent être reproduits ici.

D'après des expériences faites avec le périmètre de Förster et avec bougie, la limite antérieure serait $8^{mm}5$ du bord cornéen. Dans un cas d'aphakie, l'auteur a trouvé $6^{mm}5$; la présence du cristallin recule donc les limites à environ 3^{mm} en arrière. On voit aussi bien en dehors qu'en dedans, ainsi qu'en haut et en bas. Comme la profondeur de la chambre antérieure est très variable, on verra plus en avant avec une chambre peu profonde (hypermétropie), et moins avec celle qui l'est davantage (myopie). On se trompera à ce point de 1 millimètre, ce qui est négligeable en pratique.

L'étendue totale du fond de l'œil qu'on peut examiner dans le méridien horizontal est au total de 45 millimètres, soit $22^{mm}5$ de chaque côté, soit 16 diamètres papillaires en comptant $1^{mm}4$ pour un diamètre papillaire ; la surface du fond de l'œil qu'on peut examiner comprend donc un carré de 800 diamètres papillaires. ROHMER.

Ueber recidivirende Glaskörperblutung (Récidives d'hémorragies du corps vitré), par MAYWEG (9e *Congrès d'opth. Heidelberg* 1889).

Mayweg a observé chez un jeune homme dont un œil s'était perdu à la suite d'une hémorragie du corps vitré le même accident sur l'autre œil, de sorte que l'acuité visuelle fut réduite à la perception des mouvements de la

main. Pour empêcher une cécité totale, l'auteur se résigna à pratiquer la ligature de la carotide. Aucune hémorragie ne survint plus. Un an après, l'acuité visuelle était revenue à 20/40. ROHMER.

Ueber eitrige Glaskörper-Infiltration, von Operationsnarben und vorderen Synechien ausgehend (Des infiltrations purulentes du corps vitré, parties de cicatrices opératoires et de synéchies antérieures) par WAGENMANN (9e *Congrès d'opht. Heidelberg, septembre* 1889).

L'auteur a examiné 18 yeux dans lesquels s'était produite une infiltration purulente du vitréum consécutivement à une opération ayant amené des synéchies antérieures; il a pu toujours prouver qu'il s'agissait d'une infection partie de la plaie; la cicatrice cystoïde prédispose surtout à cette complication; cela peut se produire au bout d'un temps variable, des mois et même des années. La cicatrice devenant de plus en plus ectasique amincit ses parois et favorise l'introduction des germes dans l'intérieur de l'œil. On a toujours pu suivre la marche des cocci depuis le point d'entrée jusque dans le corps vitré. Dans un cas, la présence du staphylococque peut être démontrée par culture, tandis que, dans un autre cas, le microscope seul révélait leur présence. Les vaisseaux en étaient toujours exempts. ROHMER.

Ein Fall von Colobom des Sehnerven bei einseitigem Mikrophalmus congenitus (Colobome du nerf optique dans un cas de microphtalmie congénitale unilatérale), par BLENIG (*Klin. Monatsbl. f. Augenheilk., novembre* 1889).

Chez un enfant de 4 ans, l'auteur décrit la conformation suivante de la papille, sans colobome de la choroïde; c'est ce qui en fait la rareté. A l'image renversée, on voit la région papillaire remplacée par un grand entonnoir à bords tranchants et à fond brillant et bleuâtre. L'ouverture de l'entonnoir n'est pas excessivement arrondie, et son diamètre est 3 ou 4 fois plus grand que celui de la papille de l'œil sain. Chaque déplacement de la loupe montre d'après le déplacement parallactique des bords par rapport au fond que l'entonnoir a une certaine profondeur. Son bord est entouré d'un liséré rougeâtre, et du côté temporal il surplombe mieux le fond de l'excavation, tandis que le côté nasal descend graduellement vers le fond.

Plusieurs vaisseaux de moyen calibre émergent des bords inférieur et supérieur, et se recourbent au bord comme dans le cas d'excavation glaucomateuse; on ne les retrouve plus dans le fond de l'excavation; dans ce fond, cependant, on voit un petit segment de vaisseaux un peu contourné, mais nullement en rapport avec les autres. Le bord de l'entonnoir est limité par une zone blanchâtre entourée elle-même par une autre zone pigmentée, laquelle s'épaissit notablement du côté du nez; tout le reste du fond de l'œil est normal. Un dessin coloré joint au travail permet de se rendre facilement compte de la description. ROHMER.

Anomalie de développement des yeux chez un monstre épiencéphale, s'accompagnant d'un double bec-de-lièvre orbito-buccal, par PANAS (*Arch. d'ophtalm., IX, n*° 5, *p.* 385).

L'étude de la tête de ce fœtus a révélé des faits intéressants, tant au point de vue de l'œil lui-même que du développement des voies lacrymales.

Il existait un double bec de lièvre bucco-orbitaire, et l'étude attentive du squelette de la région, faite par A. Broca, a montré que l'apophyse montante

de l'os maxillaire supérieur, qui prend une si large part dans la constitution des voies lacrymales, provient en réalité du bourgeon frontal externe et ne se soude qu'ultérieurement au corps du maxillaire supérieur. Cette apophyse provient donc de l'os intermaxillaire et non du maxillaire supérieur. Bien que les cils, les tarses et la conjonctive fussent bien constitués, il y avait absence complète de points et de canalicules lacrymaux. Des deux yeux l'un était staphylomateux, l'autre, au contraire, microphtalme. Il existait de chaque côté des brides amniotiques et un long filament, rompu au moment de l'accouchement; il était encore adhérent à l'une des cornées; de l'autre côté on notait un dermoïde de la cornée, ce qui est bien en rapport avec la théorie des adhérences amniotiques, soutenue par Van Duyse. Enfin, il existait un bouleversement énorme dans la constitution intime des globes ; on reconnaissait en particulier, à gauche, un large staphylome scléral, avec luxation du cristallin et décollement de la rétine ; à droite, un décollement kystique de la rétine, avec absence totale du cristallin.

Ceci prouve bien que tout œil, gêné dans son évolution pendant la vie intra-utérine, ne tarde pas à présenter des altérations pathologiques profondes. F. DE LAPERSONNE.

Beitrag zur Lehre von der Extraction intraocularer Cysticerken, par STOELTING (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 42, *p.* 915, 21 *octobre* 1889).

Stoelting relate l'observation d'une femme âgée de 46 ans, ayant un cysticerque sous-rétinien, dont il fit l'extraction de la manière suivante : après avoir préparé le lambeau conjonctival, sectionné le tendon du droit supérieur et fait subir au globe oculaire un mouvement de rotation en dehors et en bas, il enfonça une aiguille dans la direction de l'emplacement du cysticerque. L'examen ophtalmoscopique à l'obscurité ayant montré que cette aiguille avait été introduite selon le vrai méridien, mais à 3 millimètres trop en arrière, Stoelting, à une deuxième tentative, perça de part en part la vésicule qui n'avait que 2 millimètres de diametre.

Dès lors il lui fut facile de compléter l'opération, dont les résultats furent excellents, car la vision est à peu près intégralement revenue. J. B.

Ueber die Heilwirkungen des Cocaïn (Applications à l'oculistique des propriétés thérapeutiques de la cocaïne), par KROLL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 32, *p.* 716, 12 *août* 1889).

Les propriétés anesthésiantes de la cocaïne semblent avoir fait perdre de vue ses autres effets thérapeutiques. Ils ressortent cependant des effets physiologiques que les instillations de cocaïne exercent sur l'œil : ouverture de la fente palpébrale par contraction des fibres lisses du muscle de Müller, ischémie de la conjonctive et de l'iris par constriction de leurs vaisseaux, etc. Ces effets sont plus durables que l'anesthésie, et d'ailleurs on peut les rendre continus en répétant les instillations toutes les deux ou trois heures.

Blépharospasme scrofuleux. Dans tous les cas où, après résolution de l'inflammation, il persiste une irritabilité anormale de la conjonctive et de la cornée, Kroll instille 3 fois par jour de la cocaïne à 5 0/0. En peu de jours, l'hyperhémie, le larmoiement, la photophobie et le spasme palpébral disparaissent.

Conjonctivites. Une fois l'inflammation disparue, il reste souvent une hyperhémie rebelle à tout autre traitement qu'à la cocaïne.

Kératites scrofuleuses. Cocaïne utile contre la photophobie. Elle est

impuissante, en revanche, dans le pannus et autres formes de kératites avec néoformations vasculaires.

Episclérite simple. Les 7 malades traités par la cocaïne (instillations de 1 ou 2 gouttes toutes les 2 ou 3 heures) ont été guéris en moyenne au bout de 33 jours, mais la cocaïne n'empêche pas les récidives, si elle les guérit.

Iritis diverses. Par l'emploi combiné de l'atropine et de la cocaïne, les 17 malades de Kroll ont été guéris en moyenne au bout de 22 jours, au lieu de 35, qui est la moyenne habituelle, quand on confond ensemble, dans ce calcul, les iritis plastique, séreuse et parenchymateuse.

J. B.

Eine merkwürdige Atropinwirkung (Un effet curieux de l'atropine), par REICH (*Centralbl. f. prakt. Augenheilk., avril* 1889).

Chez un garçon de 17 ans, grand, blond, pâle, atteint de myopie progressive, avec spasme de l'accommodation, on prescrit des instillations d'atropine à 1/120; chaque instillation de collyre dans les yeux est suivie d'épistaxis assez considérable; les instillations plusieurs fois interrompues, puis reprises, provoquent chaque fois et régulièrement le saignement du nez. La duboisine produisit le même effet, tandis qu'un collyre de sulfate de zinc (1/200) ne le produisit plus; le malade n'était pas hémophile. ROHMER.

MALADIES DU LARYNX, DU NEZ ET DES OREILLES.

I.— Sopra un caso di tonsillite folliculare acuta infettiva, contributo allo studio delle rare localizzazioni del virus pneumonico, par Umberto GABBI (*Lo Sperimentale, avril* 1889).

II. — Ein Fall von mykotischer Mandelentzündung mit tödtlichem Ausgang (Amygdalite infectieuse mortelle), par METZNER (*Berlin. klin. Woch., n°* 29, *p.* 653, 22 *juillet* 1889).

III. — A discussion on tonsillitis... (De l'amygdalite et de ses relations pathogéniques), par Haig BROWN (*Brit. med. j., p.* 582, 7 *septembre* 1889).

IV. — Tonsillitis par F. BOMSEIN (*The Am. Journ. of the med. sc., p.* 348 *octobre* 1889).

V. — Removal of a supernumerary tonsil, par E. MORGAN (*Amer. laryngological Association. New York med. record, p.* 662, 15 *juin* 1889).

VI. — Notes on a case of primary sarcoma of the tonsil, par R. Norris WOLFENDEN (*Journ. of laryng., octobre* 1889).

I. — Dans un cas d'angine aiguë, à type infectieux, l'auteur a trouvé, dans les follicules non ouverts, un seul microorganisme, celui de Fränkel; dans les follicules ouverts, ce microbe était accompagné du staphylococcus pyogenes aureus et du proteus. L'auteur attribue au pneumococcus le rôle prépondérant dans la production de l'angine. La chute

de la fièvre au 7e jour de la maladie, la tuméfaction de la rate, la présence de l'albumine dans les urines, tous ces phénomènes communs aux pneumonies observées à Florence à la même époque lui paraissent autant d'arguments en faveur de son opinion, qui est d'ailleurs en rapport avec les observations de Cornil, de Netter et de Weichselbaum.

A. SIREDEY.

II. — Etudiant robuste, âgé de 23 ans et demi. Le 5e jour d'une amygdalite catarrhale, il est obligé de s'aliter pour des frissons et une recrudescence de la dysphagie, et meurt le 10e jour, après avoir présenté des signes de fièvre intense sans phénomènes locaux bien marqués.

A l'autopsie. Les amygdales intactes à la superficie renferment, dans la profondeur, de petits foyers purulents, gros comme des têtes d'épingles; un seul, plus volumineux dans l'amygdale droite, a les dimensions de la moitié d'un pois.

Le tissu cellulaire du cou, du côté gauche, ainsi que celui qui entoure la trachée et l'œsophage, est infiltré de pus, de même que les deux médiastins. Immédiatement au-dessus du diaphragme est un foyer purulent gros comme un œuf.

Double pleurésie exsudative pyo-hémorragique. Début de péricardite. Atélectasie des poumons. Hypertrophie récente de la rate.

Le pus contient partout des staphylocoques et des streptocoques qu'on a pu cultiver jusque dans les coupes faites sur les amygdales. J. B.

III. — Haig Brown établit qu'il y a une relation fréquente entre l'amygdalite et le rhumatisme, en se fondant sur les considérations suivantes :

Les circonstances climatériques qui entraînent l'amygdalite sont les mêmes que celles qui donnent lieu au rhumatisme.

Les deux maladies reconnaissent souvent une influence septique commune.

Les épidémies d'amygdalite marchent de pair avec celles de rhumatisme.

Les deux affections sont communes chez les mêmes sujets. Sur une statistique de 119 cas d'amygdalite, il y avait 76 rhumatisants.

Les rechutes et récidives sont fréquentes dans les deux affections. L'amygdalite peut se compliquer d'endocardite, tout comme le rhumatisme : l'auteur en cite deux cas.

Le traitement ne fournit pas d'assimilation; le salicylate de soude est en effet inefficace en cas d'amygdalite.

Dans la discussion, Garrod cite également des faits d'amygdalite associée à du rhumatisme et à de l'érythème noueux; il arrive à cette conclusion que les quatre cinquièmes des amygdalites se produisent sur terrain rhumatisant.

Hingston Fox élargit la question en montrant que l'amygdalite est une manifestation infectieuse qui se rencontre dans une foule de maladies microbiennes et en donnant les caractères différentiels de ces diverses variétés. H. R.

IV. — Bomsein, d'après l'examen de 43 cas d'amygdalite, fait l'histoire de cette affection, qu'il regarde comme éminemment contagieuse et inoculable. Il rapporte différents faits d'épidémie ou d'inoculation directe le démontrant manifestement. La nature infectieuse de l'amygdalite est pour lui certaine. L'état général du malade en est une preuve, ainsi que les complications qu'il a relevées et qui sont 5 fois la néphrite

aiguë, 2 fois un souffle systolique d'endocardite sans rhumatisme, l'orchite et l'ovarite (Joal), 3 cas de fièvre typhoïde (C. de Gassicourt), 1 cas de péritonite (Frœlich), 1 cas de rhumatisme, 3 cas de gonflements ganglionnaires, quelques cas d'œdème de voisinage dont un d'œdème de la glotte qui fut fatal.

Suivent les indications du traitement. F. VERCHÈRE.

V. — Homme de 26 ans se plaignait d'avoir une tumeur dans la gorge, dont il s'est aperçu il y a 4 ans. La tumeur est pendante près de la luette, elle est molle, à base élargie, de couleur rougeâtre. Excision, cautérisation au galvanocautère du point d'implantation. Pas de récidive 4 ans après l'opération. L'examen microscopique montre un tissu semblable à celui de l'amygdale; il s'agit d'une amygdale surnuméraire, fait rare, car la littérature n'en contient que deux cas rapportés par Jurasz en 1885. P. DUFLOCQ.

VI. — La rareté de ces tumeurs n'est qu'apparente; il est probable que bien des cas n'ont pas été publiés. Pour sa part, Wolfenden a vu, dans ces trois dernières années, 4 cas dont il relate le dernier. Le carcinome lui paraît des plus rares dans l'amygdale.

Femme de 52 ans. Tumeur de l'amygdale gauche, dure, du volume d'une noix, de couleur foncée. Pas d'ulcération, pas d'hémorragie, pas de ganglions. Ablation à l'anse galvanocaustique. L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome à cellules rondes. A. C.

I. — Zur ulcerösen Angina bei Typhus abdominalis, par A. VONWILLER (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 18, *p.* 545, 15 *septembre* 1889).

II. — De l'angine cholérique, par COSTE (*Revue de médecine*, *p.* 863, 1889).

III. — Ueber die Anwendung von Antifebrin bei Angina, par W. SAHLI (*Correspondenz-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 12, *p.* 374, 15 *juin* 1889).

I. — Vonwiller relate 7 cas d'angine ulcéreuse dans la fièvre typhoïde et conclut: « L'angine ulcéreuse superficielle des piliers antérieurs du voile palatin (parfois des lèvres) est une affection du pharynx spéciale à la fièvre typhoïde et qui survient en général dans le deuxième septénaire.

« Sa durée varie de quelques jours à deux semaines; elle disparaît sans laisser de traces. Elle n'est pas dangereuse par elle-même, mais se montre surtout dans les cas graves de la fièvre typhoïde.

« Au début, elle peut servir au diagnostic différentiel d'avec la tuberculose miliaire. » (*R. S. M.*, XXIII, 151, 152 et 161; XXVII, 206.) J. B.

II. — Coste donne ce nom à une coloration de la muqueuse palatine, variant du rose vif au rouge orangé, que l'on voit survenir chez un certain nombre de cholériques au début de la période de réaction. Toute la partie antérieure du voile du palais, ainsi que les piliers, est luisante, vernissée d'une couleur rose plus ou moins intense, parsemée de points rouge vif que sillonnent parfois de petits capillaires. Cette coloration et cet aspect particuliers du voile du palais tranchent d'autant plus avec la partie immobile de la voûte palatine que cette dernière est d'un blanc à peine rose ou même d'un blanc mat, et que la couleur particulière à la partie mobile s'arrête brusquement sur la limite qui sépare ces deux portions de la voûte palatine. Après 24 ou 48 heures, rarement 3 jours, toute la partie mobile de la voûte palatine, toujours luisante, apparaît toute perlée de gouttelettes citrines que le raclage permet de recueillir

sans difficulté. Ce liquide n'est que le produit de l'hypersécrétion des glandules salivaires.

Cette angine accompagne parfois une éruption cutanée (roséole cholérique), elle est indolore et pâlit au bout de 6 à 12 jours. Coste pense que « l'angine cholérique n'est qu'une expression du retour des fonctions du grand sympathique ». C. GIRAUDEAU.

III. — Sur lui-même, à deux reprises, et sur une douzaine de malades, Sahli a reconnu les bons effets de l'antifébrine dans l'amygdalite. A la dose quotidienne de 50 ou de 75 centigrammes, ce médicament fait cesser les douleurs causées par la déglutition. J. B.

Acute œdematous uvulitis, par Dudley MORGAN (*New York med. record, p.* 684, 22 *juin* 1889).

Homme de 40 ans, n'ayant jamais eu de maladie de gorge. Il dîne à huit heures, fume et boit dans la soirée comme à son ordinaire et se couche ; à minuit, sensation de douleur à la gorge ; le gonflement augmente, et le matin il est pris d'accès de suffocation.

L'examen montre une congestion intense du palais, et surtout un œdème considérable de la luette, qui a le volume du pouce et qui va et vient sous l'influence de la respiration et détermine des quintes de toux. Quelques piqûres avec une aiguille ne déterminant aucun dégonflement, l'auteur essaye un badigeon de solution forte de cocaïne 15 0/0. En peu de temps, diminution notable; six heures après, la luette a diminué de moitié. Nouveau badigeon ; le lendemain, tout est normal. P. DUFLOCQ.

Zur Kenntniss der Pharynxdivertikel des Menschen... (Des diverticules du pharynx chez l'homme), par K. von KOSTANEKI (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol., Band CXVII, Heft* 1).

Dans la région du pharynx, les fentes branchiales ont, chez l'embryon humain, un sort variable; tandis que le sillon ou poche externe disparaît totalement, la poche interne persiste sous l'aspect de formations qu'on retrouve chez l'adulte. Ce sont, en tant que restes anormaux, les fistules borgnes internes, et, à l'état de restes normaux, des productions de dimensions moindres et ayant la forme de simples diverticules du pharynx.

Les diverticules latéraux (*paradiverticules*) qui dérivent de la première fente branchiale sont : 1° *à l'état normal*, la trompe d'Eustache, qui n'est qu'une fistule borgne interne, incomplète. Lorsque le tiers interne de la trompe offre une dilatation congénitale, on a affaire au *recessus* de Zuckerkandl; lorsque la paroi tubaire se déprime partiellement en un petit sac, on est en présence des diverticules de Kirchner ou de Brösicke; 2° Les restes *anormaux* de la première fente branchiale sont les fistules complètes, accompagnées de la persistance du sillon branchial externe et de malformations de l'organe auditif.

Les diverticules latéraux de la deuxième fente sont : 1° *à l'état normal, a*) la fossette de Rosenmüller. Lorsque cette dernière atteint un développement notable, elle devient le diverticule de Pertick, qui peut acquérir des dimensions exagérées sous l'influence des efforts expiratoires. *b*) La fossette supratonsillaire de His. 2° *A l'état anormal*, la fistule incomplète de Watson, et quand le diverticule se met en relation

avec le sillon branchial externe, ce sont les fistules complètes de la deuxième fente branchiale.

Les restes de la troisième fente seraient représentés par le repli du nerf laryngé, et ceux de la quatrième par le sinus piriforme.

Les diverticules de la voûte du pharynx (dorsaux ou rétrodiverticules) seraient les dérivés de la bourse pharyngienne embryonnaire, ou bien ils seraient produits par des modifications pathologiques de la muqueuse pharyngienne. Dans ce dernier cas, on les désigne par le terme de pseudobourse de Suchanneck. ED. RETTERER.

The influence on a naso-pharyngeal growth of simultaneous ligature of the external carotids, par BRYANT (*N. York med. Journ.*, *p.* 512, 11 *mai* 1889).

Homme de 22 ans, ayant présenté en 1884 les premiers symptômes d'obstruction de la narine gauche par un polype, ayant subi de 1885 à 1888 une série d'extirpations partielles. On a reconnu qu'il s'agissait d'un myxo-sarcome inséré sur l'apophyse basilaire, sur la paroi gauche du pharynx et sur l'os palatin. Pertes de sang fréquentes et abondantes déterminant une anémie inquiétante.

En mai 1888, l'auteur constate l'obstruction complète de l'espace naso-pharyngien; douleurs, désordres généraux graves. Le sujet demande une opération radicale.

Le 19 juin, ligature des deux carotides externes. Guérison de la plaie par première intention. Au bout de huit jours, la douleur a complètement cessé; la tumeur a diminué à tel point que le doigt peut facilement en déterminer les insertions.

Le 28 juin, résection de la portion gauche du maxillaire supérieur; grâce à l'opération préliminaire, l'hémorragie est insignifiante, on ne lie qu'une artère de quelque importance. Mais l'auteur n'extirpe pas la tumeur en totalité. Il en enleve seulement des fragments et fait des injections phéniquées; puis, ces injections étant douloureuses, il les interrompt, et la tumeur diminue cependant assez pour ne causer plus aucune gène au malade.

L. GALLIARD.

Fadenpilze in der Nase (Hyphomycètes nasaux), par Paul SCHUBERT (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 39, *p.* 856, 30 *septembre* 1889).

Schubert a observé deux fois l'aspergillus fumigatus dans les fosses nasales humaines; le premier cas, qui est en même temps la première observation de ce genre, a été publié par lui dans *Deutsches Archiv für klinische Medicin*, XXXVI.

Dans le cas présent, il s'agit d'un homme ayant, depuis plusieurs semaines, de l'enchifrènement et un écoulement nasal. L'examen rhinoscopique montre les cornets moyens et inférieurs complètement obstrués par une sécrétion vert grisâtre, onctueuse, friable, d'une odeur repoussante tout autre que celle de l'ozène. La respiration nasale était très gênée, le pharynx nasal libre. La muqueuse des cornets sous-jacents était très injectee et un peu tuméfiée, mais elle n'était ni ulcérée, ni saignante, ni couverte de produits adhérents. Quelques insufflations de poudre boriquée amenèrent la guérison. Le malade n'a pas eu de récidive.

Le microscope fit voir qu'il s'agissait d'un champignon à conidies cylindriques, allongées, dont Schubert n'a pu faire l'exacte détermination.

En tout cas, il ne s'agissait ni d'un aspergillus, ni d'un mucor, les deux seules espèces d'hyphomycètes pathogènes signalées jusqu'ici chez les vertébrés.

En revanche, l'épizootie des vers à soie, connue sous le nom de muscardine, est également due à une mucédinée à conidies cylindriques, du genre isaria, la botrytis Bassiana. J. B.

Nasal bacteria in health (Des bactéries du nez dans l'état de santé), par Jonathan WRIGHT (*Journ. of Amer. med. Assoc., p.* 397, 21 *septembre* 1889).

Les sécrétions nasales de 10 sujets dont la muqueuse était aussi saine que possible ont été soumises à l'analyse bactériologique ; voici les résultats de ces examens. On a constaté :

Dans 6 cas, le straphylococcus pyogenes.

Dans 3 cas, le micrococcus flavus desidens.

Dans 1 cas, le penicillum glaucum.

Dans 1 cas, le micrococcus cereus flavus.

Dans 1 cas, le micrococcus tetragenus. — Huit fois on a rencontré d'autres formes indé erminées.

La rencontre si fréquente du staphylococcus dans les fosses nasales n'a rien d'extraordinaire, étant donné qu'il a été signalé sur la plupart des muqueuses, presque partout où existent des êtres vivants. Il est plus singulier de voir la rareté dans les fosses nasales du penicillum glaucum, si répandu dans l'air.

Expérimentant sur lui-même, Wright a recueilli 10 litres d'air dans la chambre où il était, et en même temps 10 litres d'air ayant passé dans ses fosses nasales. L'examen comparatif de ces deux volumes d'air, après culture, a montré que les cavités nasales retenaient environ 3/4 ou 4/5 des bacilles contenus dans l'air, lorsque l'air inspiré passait dans ces cavités, à raison de 1 litre par minute.

Un examen a donné en résultat:

10 litres d'air du laboratoire contenaient 4 penicillum et 125 bactéries.

10 litres d'air du laboratoire, après leur passage dans les fosses nasales, contenaient 1 penicillum et 25 bactéries.

Même à ce taux de 1 litre inspiré par minute, l'air n'est donc pas entièrement dépouillé de micro-organismes lorsqu'il arrive au larynx.

MAUBRAC.

Ueber einen Fäll von Leukaemie... (Sur un cas de leucémie avec une altération remarquable de la muqueuse nasale), par H. SUCHANNEK (*Zeitschr. f. Ohrenheilk, p.* 29, 1889).

Il s'agit d'une forme complexe de leucémie avec hypertrophie des ganglions lymphatiques et de la rate et formation de lymphomes dans la moelle des os, le foie, etc.

La muqueuse nasale avait conservé son épithélium dans toutes ses régions. Les lésions limitées aux couches sous-épithéliales consistaient en une infiltration de ses é éments par des cellules lymphoïdes diffuses ou réunies en petits groupes arrondis ou ovoïdes. Les glandes, comprimées et atrophiées par ces formations morbides, avaient en grande partie disparu ou n'étaient plus représentées que par des débris infiltrés de pigment. LUC.

Ein besonderer congenitaler Choanenverschluss, par A. ONODI (*Berlin. klin. Woch., n°* 33, *p.* 742, 19 *août* 1889).

Jeune homme de 18 ans ayant un catarrhe chronique de la fosse nasale

gauche. Jamais il n'a pu respirer par le côté droit du nez qui n'a jamais non plus été affecté de coryza.

L'examen révéla tout d'abord une forte déviation de la cloison vers la droite et en outre l'existence d'une saillie sur cette cloison. Pensant avoir trouvé la cause de l'obstruction d'un des côtés du nez, Onodi enleva la portion saillante de la déviation. L'effet de l'opération fut minime.

Avec le spéculum, Onodi découvrit alors au niveau du tiers moyen de la fosse nasale, entre la cloison et le cornet inférieur, une synéchie recouverte de muqueuse. Au-dessus et au-dessous de l'adhérence, se trouvait un orifice étroit au sortir duquel le stylet arrivait immédiatement dans le pharynx nasal. La rhinoscopie postérieure montrait la narine postérieure gauche normale, tandis qu'à la place de la droite se voyait une dépression concave tapissée par une muqueuse pâle et mince. La première application du galvanocautère sur l'adhérence fut aisée et révélait une texture membraneuse ; mais à la deuxième application, l'instrument se trouva arrêté par un obstacle dur, de nature osseuse. Onodi découvrit alors entre les deux orifices déjà franchis par le stylet l'existence d'un troisième trajet, situé entre les deux précédents, et qui se terminait en avant, en cul-de-sac, dans la synéchie. Après avoir perforé à la scie le diaphragme obstructeur, il enleva avec le ciseau les portions dures qui étaient surtout cartilagineuses. La respiration nasale fut aussitôt rétablie.

La narine postérieure ainsi faite a une hauteur de 1 centimètre et demi et une largeur de 1 centimètre. Le malade respire aussi librement de ce côté que du côté droit.

E. Zuckerkandl a rencontré sur le cadavre une occlusion qui se rapproche de celle-ci. L'une des narines postérieures présentait trois ouvertures dont la supérieure constituait seule l'orifice respiratoire, tandis que les deux autres conduisaient dans un méat inférieur double qui se terminait antérieurement en cul-de-sac. Cette duplicité du méat inférieur tenait à une double adhérence du cornet inférieur avec le plancher des fosses nasales et avec une saillie en crochet de la cloison.

Dans le cas d'Onodi, des trois petits orifices existants, le supérieur et l'inférieur aboutissaient dans les méats correspondants, tandis que le moyen conduisait dans un trajet terminé en cul-de-sac, antérieurement, dans la synéchie. J. B.

Ueber intranasale Synechien und deren Behandlungen (Traitement des adhérences cicatricielles des fosses nasales), par KRAKAUER et discussion de la Société médicale de Berlin (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 43. *p.* 942, 28 *octobre* 1889).

Krakauer n'a en vue ici que les adhérences membraneuses résultant d'opérations sur les fosses nasales. La variété la plus fréquente est l'adhérence du cornet inférieur à la cloison, qui a sa source habituelle dans l'opération des polypes nasaux. En général, ces synéchies ne consistent pas, comme on le dit souvent, en cordons grêles, mais s'étendent presque toujours assez loin dans le nez ; une série de mensurations a montré que leur hauteur varie le plus ordinairement de 1 à 3 centimètres. Krakauer détruit ces adhérences avec le serre-nœud ou l'anse galvano-caustique. Pour éviter leur reformation, il emploie des plaques découpées dans des cartes de visite qu'il insinue entre les surfaces saignantes et laisse quelques jours en place ; ces plaques de carton ne sont pas chassées par les éternuements ni par l'acte de se moucher ; Krakauer les garnit de ouate et de collodion.

Dans la discussion, P. Heymann déclare que l'instrument choisi pour détruire les synéchies n'a pas d'importance; ce qui en a, c'est le moyen par lequel on cherche à éviter leur reproduction. Heymann recourt à des bourdonnets de ouate graissés et à des plaques de caoutchouc.

B. Frænkel rappelle qu'il existe, en dehors des synéchies congénitales, des adhérences ne devant pas leur origine à des interventions chirurgicales. Ce sont, soit des soudures membraneuses acquises, soit des synéchies dues à la diphtérie. L'emploi de la cocaïne et de la dilatation rend maintenant plus rares ces soudures. Frænkel les traite par l'introduction de tampons formés avec des feuilles d'étain exemptes de plomb. Ces tampons, qui sont brillants et partant toujours visibles, ont été plongés dans une solution phéniquée à 5 0/0 et enduits de crème de lanoline.

Reichert, qui repousse l'expression de synéchie, empruntée à l'oculistique, et lui préfère celle de rétrécissement, emploie comme traitement consécutif le cathétérisme quotidien après cocaïnisation. D'autres fois, il se sert d'une olive métallique longue d'un demi-pouce, munie d'une poignée et supportant deux fils qu'on enroule autour des oreilles. Reichert objecte à l'égard du carton qu'il peut s'imbiber, se déchirer et être perdu de vue.

Lublinski signale les synéchies acquises d'origine syphilitique. L'expérience a prouvé que les ulcérations nasales sont cicatrisées dès le lendemain, ce qui rend impraticable la médication de Reichert; au contraire les plaques donnent de bons résultats.

Scheinmann détruit les synéchies avec le galvanocautère. Quand les eschares sont tombées, il n'y a plus qu'à tamponner pour maintenir l'espace libre. J. B.

Occlusion osseuse des deux narines postérieures, par B. FRÆNKEL (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 625, 8 *juillet* 1889).

Jeune homme de 18 ans. Il ne passe pas la moindre parcelle d'air par le nez; la voix est nasonnée. A l'examen microscopique, on constate, contrairement aux faits antérieurs, que la cloison des fosses nasales forme en arrière une saillie libre, proéminant d'environ 3 millimètres.

Grâce à l'atrophie des cornets, la membrane osseuse est bien visible par devant. Pas la moindre trace d'odorat. Goût peu développé, surtout pour les acides, un peu mieux pour les amers et surtout pour le sucre.

Dans la discussion, Schœtz dit avoir observé un fait analogue chez une malade dont la voix était rauque; mais la membrane obturatrice était située plus en arrière. J. B.

Perforation of the septum nasi occuring in cement workers (Perforation de la cloison nasale chez les ouvriers plâtriers), par FOULERTON (*Lancet*, 17 *août* 1889).

F... a observé souvent chez les ouvriers plâtriers des perforations de la cloison nasale. Ces perforations sont arrondies et situées très près de l'entrée des narines. Elles sont dues aux poussières de plâtre qui, s'attachant aux vibrisses, déterminent leur arrachement et une ulceration de la muqueuse. La suppuration est d'ordinaire très minime et l'affection reste sans aucune gravité. Elle offre pourtant quelque importance pratique à

cause de la confusion possible avec les perforations syphilitiques.

A. F. PLICQUE.

Beitræge zur Resection der Cartilago quadrangularis Narium zur Heilung der Skoliosis Septi, par KRIEG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 31, *p.* 699, *et n°* 32, *p.* 717, 5 *et* 12 *août* 1889).

Krieg a opéré 23 déviations de la cloison des fosses nasales par une résection en forme de fenêtre du cartilage. Son procédé n'est qu'une modification de celui de Petersen (*R. S. M.*, XXV, 332). Il excise un lambeau horizontal, à base postérieure ; de cette façon, les dimensions du tronçon cartilagineux excisé ne sont pas imposées d'avance et peuvent être accommodées aux circonstances.

Neuf fois, la déviation était à droite et quatorze fois à gauche ; huit fois, elle remontait jusque sur le vomer.

Krieg croit que, dans la plupart des cas, l'anomalie de la cloison est le résultat d'un excès de développement, d'une croissance luxuriante. Chez tous les opérés, le succès a été complet.

Krieg a apporté à sa technique deux modifications tendant à abréger la durée de l'opération. Pour restreindre l'hémorragie, il pratique avec le galvanocautère la première incision, parallèle à la cloison mobile. De plus, il se sert d'une pince-gouge spéciale pour détacher, une fois le grand lambeau excisé, les restes de cartilage et les plis de muqueuse qui gêneraient encore le passage de l'air. De cette façon, dans les cas les plus difficiles, l'opération ne dure pas plus d'une heure et demie. (*R. S. M.*, XXV, 331 ; XXVI, 310 ; XXVII, 317 ; XXX, 649 ; XXXI, 262 et XXXII, 641 et 642.)

J. B.

Ueber Operationen bei zu enger und bei schiefer Nase, par TRENDELENBURG (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 37, *p.* 826, 16 *septembre* 1889).

Après avoir endormi le malade, Tr... applique violemment les cornets contre la paroi, au moyen d'un large élévatoire, puis il les maintient dans cette situation à l'aide de tampons iodoformés, laissés en place de dix à quatorze jours. Dans la même séance, il corrige, s'il y a lieu, la déviation de la cloison en la sectionnant ou en la réséquant partiellement.

Quand il s'agit d'individus défigurés dès leur naissance par l'obliquité de leur nez, Trendelenburg corrige cette difformité en attaquant à coups de ciseau, par-dessous la peau, la charpente osseuse du nez et en le redressant ensuite de force avec la main. Un ciseau très étroit est introduit par la narine et appliqué sur le bord externe du trou pyriforme, dans la direction de l'angle interne de l'œil.

A petits coups, on détache l'apophyse montante du maxillaire supérieur jusqu'au bord inférieur de l'orbite, et l'on répète la même opération de l'autre côté. Puis, le long du bord supéro-externe de l'un des os nasaux, on pratique, à travers la peau du nez, jusqu'à l'os, une incision juste assez grande pour admettre le ciseau, qu'on applique horizontalement, le tranchant dirigé d'avant en arrière sur l'os nasal. Quelques coups prudents séparent les nasaux de l'apophyse nasale du frontal. Si la cloison des fosses nasales est déviée, on la rompt avec

l'élévatoire, et même on la détache d'avant en arrière du plancher des fosses nasales avec le ciseau.

Alors les parties molles du nez se laissent sans difficulté redresser par une pression latérale de la main. Il convient même d'exagérer la correction de la difformité, car le nez garde de la tendance à reprendre sa position première. On y obvie par un tamponnement avec la gaze iodoformée et, plus tard, par l'application d'un bandage analogue à celui d'Adams. J. B.

Contribution à l'étude des papillomes des fosses nasales, par L. LACOARRET (*Revue mens. de laryngol.*, 1er *septembre* 1889).

A propos de deux cas types qu'il a eu l'occasion d'observer, Lacoarret reprend l'histoire de ces tumeurs, et il prouve que, malgré les documents assez nombreux publiés sur ce sujet, malgré les assertions de Hopmann, les vrais papillomes sont des tumeurs très rares. On a confondu souvent avec les papillomes des tumeurs d'aspect papillomateux ; les signes objectifs ne permettent pas en effet de trancher ce diagnostic ; il faut l'examen histologique.

Les papillomes sont en général petits, à surface mamelonnée, en chou-fleur, d'une couleur blanc grisâtre ou rosé, ressemblant tout à fait aux polypes muqueux ; leur consistance est plus élastique ; leur point de départ est ordinairement le cornet inférieur. La confusion peut s'établir entre cette tumeur et l'hyperplasie papillaire de la muqueuse ; le microscope les différencie aisément. Les signes fonctionnels n'offrent rien de particulier, non plus que le traitement. A. C.

I. — Notes on the choice of anœsthetics in naso-pharyngeal operations, par F. W. SILK (*Journ. of laryngol., mai* 1889).

II. — On anœsthetics in operations on the nose and throat, par Georges STOKER (*Brit. laryng. and rhinol. Assoc. ; ibidem, mai* 1889).

III. — On position and methods of anœsthetisation in naso-pharyngeal operations, par SILK (*Ibid., juin* 1889).

I. — Après avoir discuté les avantages et les inconvénients des divers anesthésiques, Silk conclut qu'on doit toujours employer le protoxyde d'azote pour les opérations de courte durée, de préférence à tout autre agent.

L'éther doit, suivant les cas, être employé de préférence aux mixtures anglaises, A. C. E. Quant au chloroforme, utile pour les opérations de longue durée, il ne faut s'en servir que pour commencer l'anesthésie et recourir ensuite à l'éther.

II. — Stoker étudie d'abord les anesthésiques locaux, en particulier la cocaïne ; il n'admet pas les injections sous muqueuses, cause fréquente d'accidents.

Pour les anesthésiques généraux, le protoxyde d'azote est utile pour les petites opérations ; l'éther est le moins dangereux de ses agents et préférable au chloroforme. Mais Silk trouve dans la combinaison des trois un procédé très pratique ; commencer l'anesthésie avec le protoxyde, puis donner l'éther et enfin, si l'opération doit être de longue durée, le

chloroforme. Si l'on opère sur le nez, il faut placer, après les premières phases de l'anesthésie, la tête dans une position déclive.

III. — Dans cette note, Silk décrit la position à donner aux malades, suivant l'agent anesthésique employé et suivant la lésion qui nécessite l'opération. A. CARTAZ.

Étude sur le lupus primitif de la muqueuse nasale, par RAULIN (*Thèse de Bordeaux*, 1889).

Le lupus primitif de la muqueuse nasale se rencontre le plus fréquemment chez les adultes. La muqueuse est infiltrée de nodules contenant des bacilles de Koch. Le processus revêt trois formes cliniques : hypertrophique ou végétante, ulcéreuse et scléreuse. Parti de la cloison cartilagineuse, il se propage à toute la portion respiratoire de la membrane de Schneider ; de là il gagne la peau, rarement le pharynx. Il évolue par poussées successives : la durée est très longue, la guérison rare, mais l'issue fatale est causée par des complications viscérales. L'absence de lésions osseuses le fait distinguer de la syphilis. Le traitement local de choix est le raclage. F. BALZER.

Ueber Rhinosklerom, par RYDYGIER (*Cent. f. Chir.*, *n°* 29, *p.* 47, 1889).

Rydygier présente deux malades atteints de rhinosclérome, une femme atteinte depuis 20 ans et un jeune homme. Rydygier admet avec Mikulicz que le rhinosclérome est non pas un néoplasme sarcomateux, comme l'avaient soutenu Hebra et Kaposi, mais une inflammation chronique, déterminée par la bactérie qu'avait entrevue Frisch, et qui a été bien étudié par Cornil et Alvarez. Son assistant, Gross, a fait une étude de cette bactérie ; et ils admettent toutes deux qu'elle diffère du pneumocoque. Jusqu'à présent, il a été impossible de reproduire la maladie par des inoculations. La thérapeutique est malheureusement impuissante. Si les malades se présentaient assez tôt, il faudrait enlever tout le foyer malade en taillant dans le vif, et cautériser ensuite les tissus sains.

PIERRE DELBET.

Ueber eine ausgedehnte Hornwarzengeschwulst der oberen Nasenhöhle (Papillome dur des fosses nasales coexistant avec un ozène et un psoriasis (ichthyose, leucoplasie) du nez), par O. von BUENGNER (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 27, *p.* 625, 8 *juillet* 1889).

On ne connaissait que trois cas de papillome corné des fosses nasales ; dans aucun d'eux, il n'y avait, comme dans l'observation suivante, préexistence d'un psoriasis de la muqueuse du nez, affection qui n'a d'ailleurs pas encore été signalée.

Homme de 65 ans ayant éprouvé dans sa jeunesse deux graves traumatismes du nez. Depuis sa puberté, il a un ozène simple. Il y a 6 mois seulement qu'il s'est aperçu que son nez commençait à se boucher des deux côtés.

La peau du dos du nez offre de la rougeur et de l'œdème. Les fosses nasales sont oblitérées par une tumeur de consistance très ferme, de couleur blanche et d'apparence mamelonnée, dont le volume dépasse celui d'un œuf de poule et qui remplit entièrement la partie supérieure des cavités nasales en s'avançant en avant jusqu'au voisinage des narines, tandis qu'en arrière on la sent de derrière le voile palatin. La cloison cartilagineuse offre une

perforation à bords lisses, de la grandeur d'une pièce de 5 pfennigs, résultant de la pression exercée par les masses morbides. La surface des végétations papillomateuses est hérissée de villosités sur lesquelles est accumulée une bouillie ressemblant à de la matière sébacée.

La tumeur paraît formée par un conglomérat d'éléments juxtaposés en forme de touffes et de buissons. Entre les groupes de végétations qui s'insèrent de chaque côté sur la muqueuse de la cloison, dans les parties revêtues normalement d'épithélium cylindrique, subsistent des îlots et des rubans de muqueuse non papillomateuse, mais offrant les altérations soit de l'ozène, soit du psoriasis.

Les parties molles œdématiées du dos du nez ayant été perforées par la tumeur, von Volkmann résolut de faire une opération radicale.

Incision sur la ligne médiane du nez, de sa pointe à sa base, ainsi que des os nasaux. Excision ovalaire des parties molles œdématiées. Ablation avec les ciseaux, de chaque côté de la cloison, des masses morbides qu'avec la muqueuse on détache de l'ethmoïde. La tumeur pénétrait profondément dans les cellules ethmoïdales; mais nulle part elle n'avait envahi ni la paroi antérieure ni les parois latérales des fosses nasales. On ne put laisser de la cloison que ses deux parties extrêmes, inférieure et postérieure, encore intactes. Guérison apyrétique. Les mois suivants, il y eut encore trois petites récidives, mais il n'y en a plus eu depuis 7 mois.

Les portions de muqueuse uniquement atteintes d'ozène étaient sèches, minces, tendues, brillantes et revêtues, çà et là, de croûtes. Les parties attenantes, affectées de psoriasis, avaient un coloris éclatant, blanchâtre ou plombé ou bien offraient des taches brillantes gris blanchâtre. Dans la zone suivante, la muqueuse prenait déjà un aspect plus rugueux, chagriné, parce que les taches saillantes étaient séparées par des sillons. On avait là des lésions tout à fait analogues aux états inflammatoires chroniques qu'au niveau des muqueuses linguale et buccale on a décrit sous les noms de psoriasis, d'ichthyose ou de plaques blanches. Plus loin, l'affection prenait enfin le caractère de tumeur; les taches de plus en plus proéminentes étaient séparées par des sillons de plus en plus marqués jusqu'à ce qu'enfin on trouvât des végétations papillomateuses agglomérées en touffes et buissons.

Dans les parties atteintes d'ozène, on trouve les caractères histologiques de cette lésion.

Sur les points affectés de psoriasis, le corps papillaire est hypertrophié et hyperplasié, les fentes interpapillaires sont allongées, les extrémités libres des papilles sont ramifiées et épaissies en massues, tandis que les papilles elles-mêmes sont très vascularisées et infiltrées de petites cellules, ainsi que les couches supérieures du chorion. La couche épithéliale qui revêt les papilles présente un développement remarquable. La couche muqueuse de l'épithélium comble toutes les inégalités intermédiaires aux papilles hypertrophiées; la couche cornée constitue un revêtement plus ou moins uniforme sur la couche muqueuse. La couche cornée même forme un épais amas d'épithélium pavimenteux corné, mort, avec noyaux allongés.

Enfin, les coupes pratiquées sur les productions papillomateuses fournissent, encore plus accusés, tous les caractères histologiques signalés pour les parties affectées d'ozène ou de psoriasis; ce sont simplement les stades plus avancés des mêmes lésions. Les papilles, qui ont jusqu'à vingt fois leurs dimensions normales, sont ramifiées et épaissies, les unes courtes et en massue, les autres étirées en longueur. Leurs vaisseaux, très flexueux et dilatés, arrivent jusqu'au-dessous du revêtement épithélial. Le tissu sous-muqueux est très vascularisé et infiltré de petites cellules; les parois de ses artères sont épaissies. Nulle part, non plus, on ne retrouve de vestiges de la structure glanduleuse de la muqueuse. Au lieu d'un revêtement épithélial commun

à toutes les papilles, chacune d'entre elles est coiffée d'un épithélium qui l'isole des autres. Dans les couches profondes, le stratum muqueux est le siège d'une abondante division de noyaux et cellules, tandis qu'immédiatement au-dessous de la couche cornée superficielle, on aperçoit, sur plusieurs rangées, des cellules contenant de l'éléidine. J. B.

I. — Sur la syphilis nasale, par SCHECH.

II. — *Idem*, par GRÜNWALD (*Münch. med. Woch.*, 1er *octobre* 1889).

I. — La syphilis du nez est souvent méconnue; elle est fort difficile à reconnaître dans son stade initial. L'infiltration gommeuse des cornets ressemble beaucoup à la rhinite chronique simple; dès qu'apparaissent les ulcérations, le doute cesse. Il faut éliminer alors la tuberculose, les intoxications (arsenic vert de Schweinfurth, acide et sels chromiques). La forme la plus grave de la syphilis nasale est celle qui porte sur le plancher du nez. Elle s'étend à la cloison et détermine des perforations naso-buccales. Ces perforations sont assez lentes dans ce cas, et peuvent n'avoir pas lieu, si on traite le malade, même après la destruction de l'os. La syphilis des os du nez est très rare. Schech n'en a vu qu'un cas. Il existait chez ce malade un orifice, situé entre les deux yeux, laissant voir l'intérieur du nez.

II. — Chez le malade de Grünwald, la syphilis avait touché les os de la base du crâne, la cavité naso-pharyngienne, la trompe et l'oreille moyenne (surdité) et déterminé une perforation de la voûte palatine. L'auteur insiste sur le diagnostic entre la syphilis et l'ozène que déterminent l'atrophie des parties molles et des cornets et les ulcérations par corps étrangers, etc.

La cause de l'affaissement du nez serait une lésion des parties antérieures des cartilages au niveau de leur réunion aux os du nez. Il se produit une bande cicatricielle qui cause la déformation. P. TISSIER.

A case of rhinolith and two cases of a tooth (Dent) in the nose, par J. WRIGHT (*New York med. record, p.* 396, 12 *octobre* 1889).

1° Enfant de 13 ans, écoulement nasal gauche depuis trois ans. On constate la présence d'une tumeur dure, d'extraction difficile; c'était un morceau d'éponge infiltrée de sels calcaires.

2° Femme, 25 ans, souffrant des dents qu'elle s'est faite arracher en grand nombre.

Depuis 2 ans, il existe un écoulement nasal, et de temps à autre de l'obstruction; douleur au toucher depuis six mois. Dans le méat gauche petite saillie dure, rouge, douloureuse; on ne peut l'enlever, lavage pendant un mois, alors extirpation d'une racine de dent ayant 3/4 de pouce de long.

3° Fille, 8 ans, nez normal jusqu'à un an, depuis sécheresse et épaississement des narines. La canine et l'incisive supérieures gauches manquent. La narine gauche est bouchée par un corps étranger d'extraction difficile; c'est la couronne de l'incisive. Depuis, disparition des phénomènes du côté du nez. P. DUFLOCQ.

Asthma considered specially in relation to nasal disease, par E. SCHMIEGELOW (*Londres*, 1890).

Dans ce travail, traduction par l'auteur de son œuvre originale en danois, Schmiegelow passe en revue les diverses théories de l'asthme,

étudie d'une façon sommaire les névroses nasales réflexes et cherche quels sont les rapports de l'asthme avec les maladies du nez. Il considère comme exagérée la théorie de Hack qui rapporte toutes ces manifestations à une lésion nasale, mais il reconnaît que dans bien des cas il y a là une corrélation étroite.

Sur 514 cas de rhinite chronique, Schmiegelow a trouvé 40 cas d'asthme; sur 139 cas de polypes du nez, 31. L'asthme d'origine nasale semble plus fréquent chez les hommes que chez les femmes; sur 238 hommes (rhinite), on compte 25 asthmatiques ; sur 276 femmes, seulement 15. De même pour les polypes du nez, 76 hommes donnent 19 asthmatiques, 63 femmes 12. Les résultats obtenus ont été les suivants : sur 50 cas (déduction faite de plusieurs malades qui n'ont pu être suivis). Schmiegelow a obtenu 32 guérisons, 11 améliorations, 7 insuccès.

Schmiegelow insiste sur les symptômes qui peuvent faire admettre cette relation de l'asthme avec une affection nasale; aggravation ou retour des attaques quand l'état du nez empire, quand on l'excite; arrêt des attaques par l'anesthésie nasale (cocaïne, menthol) etc...

Pour Schmiegelow, l'asthme est une névrose bulbaire, due à l'excitation du centre respiratoire; cette excitation peut être provoquée par une irritabilité particulière du nez. Dans tous les cas d'asthme, il faut examiner le nez, et la présence de polypes, d'hypertrophie du cornet pourra conduire, par l'intervention rhino-chirurgicale, à la guérison absolue. Rien de particulier à signaler pour le traitement. A. CARTAZ.

Some observations on the causation and treatment of asthma, par Beverley ROBINSON (*Med. News*, 31 *août* 1889).

Plaidoyer en faveur de l'origine mixte de l'asthme, qui est dû à des causes diverses. Robinson publie cinq observations où l'origine paludique ne semble faire aucun doute; les accès, très francs, étaient précédés de frissons, de sueurs, et la quinine donna des résultats avantageux alors qu'aucune autre médication n'avait réussi.

Robinson signale aussi les phénomènes congestifs qui surviennent après la digestion lente et difficile, et qui déterminent, par action sur le nerf pneumogastrique, des accès d'asthme bronchique. A côté se placent l'asthme d'origine goutteuse et l'asthme d'origine franchement gastrique.

Enfin il existe une variété d'asthme dû à l'hypertrophie des ganglions bronchiques.

Ces faits montrent que l'asthme n'est pas dû exclusivement à des lésions nasales : depuis quelques mois, Robinson a traité six de ces cas (5 hypertrophies de la muqueuse des cornets, 1 cas de polypes) ; deux n'ont retiré, au point de vue de l'asthme, aucun bénéfice du traitement nasal.

A. CARTAZ.

De l'hypertrophie de la muqueuse des cornets du nez, par Claude BARBIER (*Thèse de Lyon*, 23 *juillet* 1889).

Après avoir décrit dans la première partie de son travail, d'après des observations de Garel, les symptômes de cette affection, Barbier étudie sa nature. Un grand nombre d'examens histologiques lui permettent d'a-

vancer que si cliniquement les lésions diffèrent des polypes muqueux, histologiquement elles y ressemblent beaucoup. Ces lésions consistent essentiellement dans l'infiltration d'un tissu conjonctif embryonnaire par une énorme quantité de cellules migratrices et par la mucine qui distend les espaces conjonctifs du derme muqueux, enfin par l'abondance des capillaires veineux, très dilatés, qui nés des lacunes veineuses du tissu érectile normal, elles-mêmes augmentées de nombre et très dilatées, bourgeonnent dans tous les sens, surtout vers la surface de la tumeur qu'ils relèvent souvent sous forme de productions papilliformes. La présence de la mucine et l'infiltration embryonnaire rapprochent ces tumeurs des polypes muqueux. L'abondance des vaisseaux les en fait différer. B... propose de les désigner sous le nom de myxoangiome diffus de la muqueuse des cornets. A. CARTAZ.

I. — Remarques sur certaines obstructions nasales, par E. MIOT (*Revue de laryngol.*, 1er *mai* 1888).

II. — De l'électrolyse dans les obstructions nasales par épaississement ou déviation de la cloison, par J. GAREL (*Ann. mal. de l'or.*, *octobre* 1889).

I. — Miot propose contre les épaississements de la cloison, formant un obstacle à la respiration nasale, l'emploi du traitement par l'électrolyse. Ces épaississements sont en général dus à une périchondrite chronique et entraînent tous les inconvénients inhérents à l'oblitération des fosses nasales. Miot s'est servi des éléments Leclanché, de la pile Grenet et enfin de la pile au bioxyde de manganèse et au chlorure de zinc de Gaiffe. Il se sert ordinairement d'aiguilles en acier ou en platine isolées seulement à la pointe et pouvant recevoir par l'autre bout le fil de la pile. L'aiguille (pôle négatif) est enfoncée dans la masse saillante, et en traverse la plus grande partie. Il sera bon d'user de la cocaïne pour rendre l'opération moins douloureuse. Le pôle positif est appliqué sur le bras. Le courant doit être maintenu pendant 6 à 10 minutes, être élevé progressivement à 15, 20, quelquefois 30 milliampères et ne pas être interrompu brusquement. Il s'est formé alors au point d'implantation des aiguilles une couche molle qui se détache au bout de 10 à 15 jours. En trois ou quatre séances on fait disparaître complètement ces épaississements de la cloison. La douleur, vive quelquefois, est en général bien supportable, et les résultats sont excellents. Dans dix cas ainsi traités, l'obstacle a été complètement détruit. L'auteur recommande ce procédé de préférence à tout autre traitement chirurgical.

II — Garel a appliqué la méthode de Miot dans 30 cas avec un succès complet. Il se sert d'aiguilles en platine montées de façon à pouvoir en introduire deux ou trois à la fois. Le pôle négatif est appliqué à l'avant-bras. Le courant est fourni par une pile de Chardin à 24 éléments. Jamais Garel n'a dépassé un courant de 15 milliampères dans des séances de 15 minutes, à 15 ou 20 jours d'intervalle.

Sur ces 30 cas (26 hommes, 4 femmes) il s'agissait dans 21 cas de sailllies formées par des épaississements cartilagineux de la cloison. Six fois l'électrolyse a été employée pour donner du jour et permettre l'ablation de polypes du nez; trois fois elle a été appliquée pour du coryza hypertrophique du cornet inférieur. Aucun accident à noter dans ces nombreuses interventions. A. CARTAZ.

I. — Zur Diagnose und Therapie des Empyems der Highmorshœhle, par MICHELSON (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, *p.* 725, 12 *août* 1889).

II. — Même sujet, par MIKULICZ (*Ibidem*).

III. — Notiz über die Probepunction der Kieferhoehle, par ZIEM (*Ibidem*, n° 34, *p.* 761, 26 *août*).

IV. — Zur Therapie des Empyema Antri Highmori, par Alfred FRIEDLÆNDER (*Ibidem*, n° 37, *p.* 815, 16 *septembre* 1889).

V. — Die elektrische Durchleuchtung der Highmorshœhle bei Empyem (Éclairage électrique de l'antre d'Highmore pour diagnostiquer les abcès de ce sinus), par Theodor HERYNG (*Berlin. klin. Woch.*, n° 35, *p.* 774, *et* n° 36, *p.* 798, 2 *et* 9 *septembre* 1889, *et Cong. de laryng.*, *Paris*, 16 *septembre*).

I. — Dans la majorité des cas, le diagnostic des collections purulentes du sinus maxillaire n'est possible que par la rhinoscopie. Dans ces derniers temps, on a indiqué deux nouveaux moyen pour faciliter ce diagnostic : la percussion proposée par Ignaz Link et la ponction exploratrice (Tornwaldt, Moritz Schmidt). L'un et l'autre moyen ont de la valeur, mais ne sont pas pathognomoniques. Lorsqu'on a l'intention de faire l'opération de Mikulicz (*R. S. M.*, XXVIII, 711), il est bon, alors même que le diagnostic est déjà certain, de la faire précéder d'une ponction exploratrice qui fournit de précieux renseignements sur l'épaisseur et la dureté de la paroi latérale du sinus. Il est arrivé en effet une fois à Michelson, ce qu'avait d'ailleurs prévu dans son travail Mikulicz, de ne pouvoir faire l'opération de ce dernier, vu la trop grande résistance de l'os.

En dehors de l'opération de Mikulicz, c'est la perforation du plancher de l'antre d'Highmore par le fond d'une alvéole de molaire qui est le procédé de traitement le plus en usage. A condition de ne pas faire l'orifice trop grand, il n'y a pas à craindre la pénétration de parcelles alimentaires.

D'autre part, la principale objection faite à l'opération par le méat inférieur, à savoir que les lavages seraient trop difficiles, n'est pas mieux fondée. Chez sa dernière opérée, Michelson a ouvert, dans la même séance, le sinus maxillaire, à la fois par le méat inférieur et par l'alvéole. La femme a rapidement appris à faire les lavages par les deux voies.

II. — Mikulicz partage l'appréciation de Michelson sur la valeur de la percussion et de la ponction comme auxiliaires du diagnostic.

En ce qui touche le traitement des abcès du sinus maxillaire, il déclare erronée l'opinion de la plupart des auteurs, qui voient en lui un adversaire absolu de l'opération par l'alvéole. Quand il y a une molaire cariée, la première chose est de l'extraire ; on perforera ensuite l'alvéole, à la condition que l'orifice maxillaire du sinus soit facilement perméable.

En cas contraire, on procédera comme Michelson, qui pratique simultanément la perforation par les fosses nasales. Il est de toute importance de faire l'orifice aussi grand que possible ; Mikulicz croit que c'est par là que pèchent la plupart des opérateurs. Il a opéré dernièrement

une dame qui, dès le troisième jour, se pratiquait elle-même les lavages par le nez avec la plus grande facilité.

En résumé, Mikulicz pose les trois indications suivantes à sa méthode opératoire :

1° Oblitération ou perméabilité défectueuse de l'orifice maxillaire du sinus ;

2° Intégrité des dents du côté malade ;

3° Persistance d'une abondante suppuration, plusieurs semaines après la perforation alvéolaire.

III. — Michelson ayant attribué à Tornwaldt et à M. Schmidt (*R. S. M.*, XXXIV, 289) le mérite d'avoir proposé les premiers la ponction exploratrice pour le diagnostic des abcès du sinus maxillaire, Ziem rappelle que son propre travail sur la question a été publié dans les *Therapeutische Monatshefte* d'avril et mai 1888, tandis que la communication de Tornwaldt n'a été faite que le 19 septembre suivant, à la réunion des naturalistes allemands à Cologne (*R. S. M.*, XV, 656 ; XXV, 329 ; XXVIII, 709 et 711 ; XXXI, 264 et 265 ; XXXIII, 697). J. B.

IV. — Friedländer rapporte 9 cas de collections purulentes du sinus maxillaire dans lesquels H. Krause a eu recours au traitement suivant :

Après avoir cocaïnisé la fosse nasale, il y introduit, à l'aide du spéculum, un trocart dont il dirige immédiatement la pointe vers la paroi externe. Il l'enfonce dans le méat inférieur jusqu'à ce que l'instrument refoule la cloison membraneuse vers l'autre côté ; il perfore alors la plaie externe du sinus. Lorsque l'instrument a pénétré d'un demi à un centimètre dans la cavité, il en retire la lame, lave à la solution boriquée et insuffle de l'iodoforme ou de l'iodol.

On ne refait de lavage qu'autant qu'il y a de nouveau écoulement de pus, sinon on se borne à répéter, tous les deux jours, les mêmes pulvérisations, en ayant soin de cocaïniser chaque fois le méat inférieur, car la réintroduction de la canule est douloureuse. B. J.

V. — Heryng a diagnostiqné 10 cas de collection purulente du sinus maxillaire, en éclairant à l'aide de la lumière électrique, conseillée par Voltolini (*R. S. M.*, XXXIV, 296), l'antre d'Highmore. Il introduit dans la bouche des malades une lampe d'Edison, de 5 volts, fixée sur un abaisse-langue et reliée à une batterie électrique.

A l'état normal, les os de la face sont illuminés également des deux côtés; quand il existe un abcès d'un sinus maxillaire, le côté malade reste obscur, mal éclairé. J. B.

A cortical motor centre for the human larynx? par DELAVAN (*New York med. journ.*, *p.* 673, 22 *juin* 1889).

L'auteur a émis une hypothèse, en 1884 (*R. S. M.*, XXIV, 705), sur l'existence d'un centre cortical pour les mouvements du larynx chez l'homme, centre situé au voisinage de la troisième circonvolution frontale. Il s'appuyait sur un cas clinique, sans autopsie. Or, le sujet ayant succombé, l'auteur a dû renoncer à l'explication qu'il proposait : il a reconnu que la paralysie laryngée était due non pas à une lésion de l'écorce, mais à une lésion bulbaire.

Homme de 60 ans, ayant eu une attaque en 1877 : hémiplégie gauche sans

hémianesthésie, paralysie du pharynx, modification de la voix, qui devient voilée, cassée; désordres de l'articulation des mots, parole lente, scandée, difficile; pas d'aphasie. Ptosis, hémiplégie portant sur la face et la langue. Tous ces symptômes disparaissent au bout de quelques mois, les désordres laryngés persistent seuls.

En 1882, on constate nettement la paralysie des abducteurs de la corde vocale gauche, et cette paralysie persiste sans changement jusqu'en 1888. Mort le 12 avril 1888. Autopsie le 13.

L'artère vertébrale gauche est tortueuse et dépasse la ligne médiane, se plaçant sur le côté droit de la moelle allongée au niveau de l'olive; elle est dilatée à son extrémité supérieure, tandis que l'artère vertébrale droite est rétrécie; l'artère basilaire est athéromateuse et décrit une courbe dont la convexité est tournée à droite. Athérome des autres artères cérébrales et de leurs fines ramifications.

Dans l'hémisphère droit, on trouve un petit foyer de ramollissement occupant la partie supérieure de la capsule interne et la partie supérieure du noyau lenticulaire. Une tumeur graisseuse du plexus choroïde existe dans la corne descendante du ventricule latéral.

A gauche, dans la moitié antérieure de la capsule interne et dans le noyau lenticulaire, on voit une cavité, vestige d'un foyer ancien de ramollissement, qui contient un peu de liquide clair.

Rien dans l'écorce, ni à droite ni à gauche.

En examinant la moelle à gauche, on trouve un foyer de ramollissement de forme triangulaire, intéressant les racines du pneumogastrique.

La paralysie du larynx n'est donc pas due, dans ce cas, à une lésion de l'écorce. L'auteur rappelle les expériences de Horsley et Semon, qui ont trouvé le centre cortical du larynx chez le singe. L. GALLIARD.

I. — Laryngeal vertigo, par ARMSTRONG (*Med. News*, 8 *juin* 1889).

II. — Un cas d'ictus laryngé, par GAREL (*Rev. de laryngol.*, *juin* 1889).

III. — De l'ictus laryngé, par CARTAZ (*Arch. de laryngol.*, *octobre* 1889).

I. — Armstrong publie une observation d'ictus laryngé et rappelle les observations antérieures, au nombre de 21.

Son malade, 44 ans, a eu des attaques d'asthme spasmodique dans l'enfance, et depuis a eu, à fréquents intervalles, de l'oppression et de l'asthme. En 1876, première attaque d'ictus laryngé, d'une minute environ. Depuis, retour fréquent, sans avoir de pertes de connaissance complète chaque fois. Ces crises ne le prennent jamais en plein air. Il n'a jamais eu de crises épileptiques.

Le bromure a amené la diminution de l'excitabilité laryngée.

Armstrong discute les diverses théories proposées pour l'interprétation de ces accidents et les regarde comme de nature syncopale, causées par une irritation laryngée. Il propose la dénomination de syncope laryngée.

II. — Homme de 42 ans, goutteux, obèse, alcoolique. La crise débute par un chatouillement laryngé, qui détermine des convulsions cloniques des membres supérieurs, surtout du bras droit, puis perte complète de connaissance.

Garel insiste sur le rôle que jouait l'asphyxie dans ce cas. Les badigeonnages de cocaïne ont guéri le malade.

III. — Cartaz, après avoir rappelé les observations antérieures, au nombre de vingt et une, publiées depuis les premiers faits de Charcot, relate quatre cas d'ictus laryngé.

Les deux premiers sont des faits classiques survenus chez des arthritiques goutteux, à l'occasion d'une laryngo-bronchite légère. Au milieu d'une quinte de toux, les malades ont été pris de sensation de vertige, puis ont eu une perte de connaissance d'une durée de quelques secondes. Dans un de ces cas, le point de départ de l'irritation laryngée était une hypertrophie du tissu adénoïde de la base de la langue, venant frotter contre l'épiglotte. La cautérisation de ce tissu fit disparaître les quintes de toux et les accidents de vertige syncopal. Chez un troisième malade, la syphilis était la cause directe des accès.

Enfin le quatrième cas a été observé chez un tabétique avéré ; avec de petites crises de spasme, le malade a eu, en quelques mois, huit grandes crises d'ictus. Chez tous ces malades, il existait une hyperesthésie de la muqueuse du larynx.

Cartaz discute les opinions émises sur la pathogénie de ces accidents et pense que dans la majorité des cas il s'agit de troubles réflexes causés par l'hyperexcitabilité de la muqueuse des voies aériennes supérieures, excitation transmise aux centres bulbaires par les filets du pneumogastrique et déterminant tantôt de simples troubles passagers, vertigineux, spasmodiques, tantôt une véritable syncope, un ictus complet. Ce n'est que dans une catégorie restreinte de cas que l'on peut invoquer (observations de Charcot, Garel), comme cause déterminante, les troubles asphyxiques causés par la violence des quintes de toux.

A. C.

I. — Zwei Fälle von Stimmbandlähmung (Deux cas de paralysie des cordes vocales), par MARTIUS (*Soc. laryng. de Berlin*, 10 *avril* 1889).

II.— Two (2) cases of laryngeal paralysis, par Jonathan WRIGHT (*N. York med. journ.*, 28 *septembre* 1889).

III. — Contribution à l'étude des névrites primaires du tronc du récurrent, par MASSEI (*Rev. mens. de laryng.*, 15 *octobre* 1889).

I. — L'un de ces cas se rapporte à un sujet de 48 ans, chez qui le diagnostic avait été fort difficile pendant la vie. La paralysie de la corde vocale, etc., qu'on avait attribuée soit à un anévrisme de l'aorte, soit à un cancer de l'œsophage, était due en réalité à cette dernière cause.

Dans l'autre, la diphtérie devait être incriminée.

Le sujet était atteint de diphtérie pharyngée, propagée aux fosses nasales et à l'oreille moyenne, au douzième jour, recrudescence subite de la fièvre, avec paralysie du voile du palais et raucité de la voix. Le douzième jour, on constate que la corde vocale gauche était immobile, tandis que la droite se contractait énergiquement. Ce jour même, affaiblissement soudain du cœur, syncope, mort.

A l'autopsie, pharyngite catarrhale, perforation du tympan, thrombose des sinus. Endocardite récente et myocardite. Nerf vague droit sain. Nerf vague du côté gauche infiltré de pus à la hauteur du larynx, sur une étendue de 2 à 3 centimètres; périnévrite suppurative. De là cette paralysie à évolution si rapide.

L. GALLIARD.

II. — 1° Homme de 29 ans, buveur de bière, bonne santé. Syphilis à l'âge de 20 ans. Six mois avant sa première visite au dispensaire (janvier 1887), affaiblissement graduel des membres, faiblesse générale, puis embarras de la parole, difficulté pour avaler; les aliments reviennent par le nez. Voix nasonnée. Légère paralysie faciale; paralysie de la moitié gauche du voile.

Atrophie de la moitié gauche de la langue. Paralysie de la corde vocale gauche. Pas de paralysie des muscles trapèze ou sterno-mastoïdien.

Traitement par de hautes doses d'iodure jusqu'à 15 grammes par jour. Après un an, les symptômes généraux s'étaient notablement amendés. Plus de parésie faciale, plus de faiblesse générale. Paralysie du voile améliorée. Aucune modification de la paralysie et de l'atrophie linguale.

Le second cas à trait à une femme de 27 ans; sœur et mère mortes de phtisie. Enrouement progressif, puis toux et signes de phtisie pulmonaire. Paralysie de la corde vocale gauche, sans gonflement ni infiltration. Pas de paralysie du voile ni de la face. Parésie des fibres postérieures du trapèze gauche et paralysie presque totale du sterno-mastoïdien gauche. Pas de syphilis.

W. discute, à propos de ces deux cas, la nature des paralysies laryngées et la question de la contracture opposée à la paralysie. A. CARTAZ.

III. — Massei est d'avis qu'un certain nombre de troubles de la motilité du larynx doivent être considérés comme dus à des lésions idiopathiques primaires du tronc du récurrent. La possibilité des névrites de ce nerf est hors de doute depuis les travaux de Charcot, Friedreich, Leyden, etc. Les faits essentiels de ces névrites sont : 1° la constatation de certains troubles de motilité des cordes vocales ; 2° l'absence de toute cause capable d'intéresser les centres nerveux, ou de comprimer le nerf.

Comme dans toute lésion des centres ou des nerfs, on peut observer le spasme, la contracture spasmodique ou la paralysie complète de la corde.

Pour le diagnostic différentiel, avec une paralysie du crico-aryténoïdien postérieur, on voit, dans cette dernière, pendant l'inspiration, la corde vocale s'éloigner un peu de la ligne médiane, tandis que dans la contracture elle reste toujours dans la ligne médiane.

L'auteur rapporte trois observations de névrites du récurrent

A. CARTAZ.

Sur un cas d'hémorragie laryngée, par E.-J. MOURE (*Rev. de laryngol.*, 15 *août* 1889).

Jeune institutrice, sujette à des enrouements, à de l'aphonie, qui se dissipaient par le repos, depuis plusieurs années. Quand elle vient consulter Moure, elle est absolument aphone. On trouve une paralysie des constricteurs portant surtout sur les ary-aryténoïdiens, et une tumeur sanguine sur les deux cordes vocales. Impossibilité d'anesthésier le larynx par la cocaïne. Peu à peu, sans traitement, on assiste à la résorption des ecchymoses laryngées. Sous l'influence du molimen menstruel, réapparition des taches hémorragiques et sputation sanglante, à plusieurs reprises. Guérison par les douches et le bromure. A. CARTAZ.

On the treatment of the so called phthisis of the larynx, par John SEDZIAK (*Journ. of laryngol.*, *juin-août* 1889).

Revue critique très complète dans laquelle l'auteur étudie la plupart des travaux récents publiés sur cette question.

Dans un premier chapitre, Sedziak montre par l'analyse détaillée des observations la réalité, mais en même temps la rareté de la tuberculose primitive du larynx; la possibilité de sa guérison, démontrée par des faits cliniques et surtout par des nécropsies probantes.

Au point de vue du traitement, le traitement local est le seul efficace dans la phtisie laryngée; de tous les médicaments, l'acide lactique est le plus efficace, et en combinant son application avec le traitement chirurgical, curetage, galvano-cautère, on obtient les meilleurs résultats.

Sur un total de 50 cas ainsi traités, Sedziak a eu 40 améliorations; sur 50 cas traités seulement par une médication générale, il n'y a eu que 8 améliorations.

L'auteur termine cette revue en retraçant brièvement l'histoire des tumeurs tuberculeuses du larynx, qu'il ne regarde pas comme très rares, et celle de la combinaison de la syphilis et de la tuberculose, également fréquente d'après lui. A. CARTAZ.

Ueber die Entstehung der tuberculœsen Kehlkopfgeschwüre... (Sur le développement des ulcérations tuberculeuses du larynx et le rôle des bacilles dans ce processus), par A. P. KORKUNOFF (*D. Arch. f. klin. Med., Band XLV, p.* 43).

A. P. Korkunoff a examiné quatorze larynx de tuberculeux. Deux étaient exempts de lésions; les douze autres étaient malades. Il y avait des bacilles dans tous les cas; les lésions du larynx chez les tuberculeux sont donc elles-mêmes de nature tuberculeuse. Ce n'est pas par l'expectoration, par des crachats chargés de bacilles, que se fait l'inoculation; l'infection a lieu par la voie sanguine ou lymphatique. On trouve bien quelques bacilles dans la couche épithéliale, mais toujours au niveau de foyers, de nodules sous-épithéliaux. Les bacilles sont très nombreux dans les couches sous-jacentes, très rares dans l'épithélium lui-même. On doit donc admettre qu'ils vont de la profondeur vers la périphérie. Leur répartition se ferait tout autrement s'ils s'enfonçaient de la périphérie vers la profondeur. A. M.

La pratique de la trachéotomie chez les phtisiques; indications et contre-indications, par P. KOCH (*Ann. mal. de l'oreille, octobre* 1889).

1° Lorsque, dans la phtisie laryngée, la vie est compromise par un obstacle laryngé, il faut faire la trachéotomie.

2° Il faut pratiquer la trachéotomie profonde en ménageant le cricoïde.

3° La trachéotomie est purement symptomatique, elle peut être curative dans le cas de polypes tuberculeux du larynx.

4° Si la trachéotomie est refusée, il faut prescrire le repos absolu et le traitement topique.

5° Si les signes de sténose laryngée se présentent chez une femme enceinte, il faut pratiquer l'opération avant le terme de l'accouchement.

6° La trachéotomie, pratiquée selon les indications précitées, procure une survie de plusieurs années; elle évite le plus souvent des accidents imprévus (mort par suffocation, etc.). A. C.

Ueber die bei Typhuskranken beobachteten Erscheinungen im Kehlkopf (Manifestations laryngées chez les typhiques), par LANDGRAF (*Soc. laryngol. de Berlin*, 22 *février* 1889).

L'auteur a étudié le larynx de 166 typhiques; l'organe n'a présenté, dans un grand nombre de cas, même dans des cas mortels, aucune lésion.

Ce qu'il a vu le plus souvent, c'est la rougeur due soit à la fluxion,

soit à la stase sanguine, suivie de la chute de l'épithélium et des érosions. Symptômes fonctionnels nuls. Ces lésions disparaissent rapidement, ou bien la muqueuse se recouvre de taches jaunes ou gris jaune dues à des parasites. Ces parasites, examinés par Ehrlich, n'étaient pas des bacilles typhiques; cet histologiste n'a trouvé que le staphylococcus aureus et flavus de Rosenbach.

Après l'érythème, l'altération la plus fréquente est l'œdème, spécialement sur les bords de l'épiglotte, où il peut soulever et détruire la muqueuse. De là les ulcérations latérales sur lesquelles Louis a attiré l'attention. Elles guérissent presque constamment.

D'autres ulcérations se développent sur d'autres points de la muqueuse et se compliquent de périchondrite. Elles ne résultent pas, d'après l'auteur, de l'action des microbes, le travail de modification étant probablement primitif.

Les ulcérations nettement spécifiques sont les plus rares.

Trois fois l'auteur a constaté, à la suite des ulcérations, la périchondrite, et cela au niveau des cartilages aryténoïdes.

Deux fois il a vu les paralysies laryngées de la convalescence.

L. GALLIARD.

Rétrécissement du larynx dû à une syphilis héréditaire, par LANDGRAF (*Berlin. klin. Woch.*, *n°* 35, *p.* 784, 2 *septembre* 1889).

Complément de l'histoire du malade (*R. S. M.*, XXXII, 283). Le traitement de cet homme, âgé de 32 ans, a offert de nombreuses difficultés, tenant, pour une part, à une idiosyncrasie à l'égard des anesthésiques. Il était complètement réfractaire au chloroforme ainsi qu'au menthol et à la cocaïne; bien plus, celle-ci provoquait une sécrétion considérable de mucosités et de salive et des accidents syncopaux. L'introduction du doigt dans la plaie de la trachéotomie avait montré que le rétrécissement ne descendait pas au-dessous de l'orifice supérieur du larynx.

Toutes les tentatives de sectionner les cordons cicatriciels qui fixaient le moignon d'épiglotte aux extrémités postérieures des parois latérales du pharynx échouèrent, d'une part à cause de la consistance dure du tissu, d'autre part parce que les cordons fuyaient toujours devant l'instrument.

Après plusieurs essais, Landgraf réussit en revanche à couper la membrane tendue sur les aryténoïdes. Puis il commença la dilatation progressive à l'aide des bougies de Schroetter. En y mettant beaucoup de patience, il était parvenu à passer le n° 6. Les numéros plus forts déterminèrent de la dysphagie opiniâtre avec œdème des parties et surtout des douleurs de tête atroces, persistant 2 ou 3 jours et empêchant le sommeil; d'ailleurs pas de fièvre.

Landgraf se décida alors à exciser la membrane; dans de nombreuses séances, il réussit à en enlever des fragments, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, de façon à pouvoir introduire facilement le n° 11 des bougies de Schroetter. Ces opérations avaient lieu régulièrement deux fois par semaine, mais elles furent interrompues à plusieurs reprises, entre autres par une pneumonie intercurrente.

Un an après la trachéotomie, le malade commença à pouvoir fermer sa canule, qui fut définitivement enlevée 6 mois plus tard.

Le passage de l'air est maintenant complètement libre. On aperçoit la plus grande partie des cordes vocales inférieures un peu gonflées; seule la commissure antérieure reste invisible. On voit en outre une grande partie des anneaux de la trachée.

En terminant, Landgraf indique que chez un autre malade, atteint aussi de syphilis congénitale, il a noté la même idiosyncrasie à l'égard de la cocaïne.

J. B.

Hémiatrophie laryngée, sans paralysie motrice appréciable, chez un syphilitique, hémiatrophie de la langue du même côté, par A. RUAULT (*Arch. de laryngol., juin* 1889).

Femme de 26 ans, atteinte d'ulcérations syphilitiques du pharynx et de la langue. Début de la syphilis ignoré. Traitement spécifique; frictions mercurielles; 6 grammes d'iodure. Cicatrisation rapide. Deux mois après, on cesse la médication, mais on constate alors que la moitié gauche du larynx est très manifestement atrophiée. Pas de lésion ulcéreuse, pas de paralysie; la corde est plus mince et plus courte, la partie postérieure de l'aryténoïde aplatie. La langue présente de même une atrophie du côté gauche très nette ; les lésions ulcéro-gommeuses ont disparu. Pas de signes de tabes; pas de troubles de déglutition; sensibilité normale. A. C.

A case of fracture of the larynx with successfull termination, par Alfred SOKOLOWSKI (*Journ. of laryngol., septembre* 1889).

Jeune fille de 20 ans, saisie par un engrenage et pendue par son tablier, roulé autour du cou. Dyspnée immédiate avec douleur violente, toux et expectoration d'une grande quantité de sang. On sent, à la palpation, une crépitation au niveau de la lame gauche du thyroïde. Trachéotomie. L'examen laryngoscopique permet de voir l'épiglotte rouge, tuméfiée ; deux parties gonflées, répondant aux bords supérieurs du thyroïde, remplissent l'espace glottique; quelques jours plus tard on peut préciser que ces saillies étaient formées par les bandes ventriculaires repoussées par les fragments du thyroïde. A la partie postérieure du larynx on constate une dépression difficile à expliquer. Après quelques mois, la canule ne pouvant être enlevée, on se décide à pratiquer une laryngotomie complète pour dégager les parties nécrosées et rendre à la glotte sa perméabilité. On constata alors que la partie postérieure du larynx était formée en réalité par la paroi antérieure du larynx et que le cricoïde à ce niveau avait disparu.

Il n'y avait aucun trouble de la déglutition. On tenta vainement d'enlever la canule. La malade quitta l'hôpital un an plus tard, la portant encore.

Sokolowski retrace l'histoire clinique des fractures du larynx d'après les données de Gurlt, Fischer, etc. A. C.

Papillome et tuberculose du larynx, par A. GOUGUENHEIM (*Ann. mal. de l'or., septembre* 1889).

La laryngite tuberculeuse peut affecter la forme de tumeurs circonscrites non ulcérées; cette variété peut être primitive ou secondaire.

Ces tumeurs sont de deux sortes, elles peuvent avoir une structure indubitablement tuberculeuse; elles peuvent être constituées par des papillomes typiques.

Le papillome de la laryngite tuberculeuse inoculé peut créer la tuberculose. Il affecte deux aspects : multiple, énorme, confluent ou de petit volume et sans confluence. La récidive est un caractère constant et commun aux deux formes.

La laryngite tuberculeuse primitive à forme de tumeur peut durer longtemps et l'échéance pulmonaire être bien tardive.

Le traitement des tumeurs tuberculeuses et papillomes de cette forme

de phtisie laryngée est très long et la guérison le plus souvent très difficile à obtenir, mais elle est possible. A. C.

Statistique de la laryngofissure, par Karl BECKER (*Münch. med. Wochenschrift*, 23-30 *avril* 1889).

Becker a réuni 120 cas : 57 fois la laryngofissure a été pratiquée pour des papillomes ou des fibromes ; 22 fois pour des tumeurs malignes ; 11 fois pour les corps étrangers ; 30 fois pour des sténoses d'origine diverse (syphilis, fièvre typhoïde, tuberculose, périchondrite, etc.).

Près de la moitié furent pratiquées chez des enfants. Il y eut 7 morts (diphtérie, pneumonie, collapsus).

Dans un cas de tuberculose, la laryngofissure, suivie de cautérisation des parties malades, donna une survie de 11 ans. (Hopmann.)

On a accusé la laryngofissure d'amener des troubles de la voix : ceux-ci sont imputables à la nature et au siège de la lésion et non à l'opération. P. TISSIER.

I. — Some practical hints in connection with intubation of the larynx, par BLEYER (*N. York med. journ.*, *p.* 122, 2 *février* 1889).

II. — Die Intubation des Larynx nach O'Dwyer, par O. GUYER et W. von MURALT (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, *n°* 13, *p.* 385, 1er *juillet* 1889).

I. — L'auteur considère comme indispensable l'examen laryngoscopique avant le tubage de la glotte. Pour le pratiquer de force, il se sert d'instruments spéciaux destinés à attirer la langue et à ouvrir la bouche de l'enfant ; une lampe ordinaire peut être utilisée.

Le tube doit être enlevé et replacé tous les jours ; après l'ablation on pratique l'irrigation du nez, de la gorge, et on alimente le patient. L'auteur conseille l'usage de l'eau oxygénée pour les lavages.

Voici la statistique de 206 cas personnels (137 garçons, 69 filles). L'auteur compte 139 décès et 67 guérisons, soit 33 0/0. Le tube a été enlevé, dans les cas favorables, du 2e au 5e jour en général ; une fois le 20e jour. Deux guérisons ont été obtenues chez des enfants de 9 mois.

Parmi les causes de mort, la plus fréquente est la bronchite diphtéritique, puis viennent la pneumonie et la broncho-pneumonie, la bronchite, la septicémie. L. GALLIARD.

II. — Sur 27 enfants traités de cette façon, 13 ont guéri, soit une proportion de 48 0/0, bien supérieure à la moyenne (28 0/0) des autres observations, ainsi qu'à celle des guérisons de trachéotomie dans la même clinique de Zurich.

Les deux plus jeunes enfants guéris étaient âgés de 8 et de 13 mois ; 2 autres avaient 2 ans. Sur les 14 décès, 11 ont eu lieu par diphtérie des bronches, 2 par pneumonie et 1 par néphrite secondaire à une diphtérie guérie. Dans aucune autopsie on n'a constaté de lésions laryngiennes ou trachéales dues au tubage.

Chez 4 enfants trachéotomisés, on a eu recours au tubage pour faciliter l'ablation de la canule qui tardait ; le résultat a été excellent.

Chez 1 seul enfant (âgé de 10 mois) on a éprouvé des difficultés trop grandes à introduire le tube et dû pratiquer la trachéotomie. J. B.

Das Aluminium acetico-tartaricum und seine Anwendung bei Nasenkrankheiten, par Arnold HOLSTE (*Berlin. klin. Woch.*, n° 30, *p.* 676, 29 *juillet* 1889).

Lorsqu'on emploie ce médicament dans les fosses nasales, il produit comme effets accessoires désagréables : du coryza, de la céphalalgie et une anosmie passagère.

Holste y a eu recours, soit sous forme pulvérulente, soit en solution à 20 ou 25 0/0, dans les états morbides suivants :

1° Ulcérations nasales. Trop irritant pour la muqueuse saine, à moins de le mêler à une poudre inerte.

2° Polypes nasaux. Il les ratatine en leur soustrayant de l'eau. Par des applications prolongées, il y a eu 3 guérisons. L'acétotartrate d'alumine trouve donc son emploi ici quand il n'y a pas lieu de pratiquer l'ablation, ou mieux encore pour détruire la racine des polypes.

3° Ozène. Solution bien supportée. Les insufflations ont donné 18 résultats satisfaisants sur 20 malades. Au début, il y a suractivité sécrétoire. Puis la fétidité disparaît et la formation de croûtes diminue. Au bout d'un certain temps, il suffit d'insuffler la poudre tous les 8 ou 10 jours, sans faire de tamponnement.

4° Rhinite chronique hypertrophique. 47 malades, dont 2 enfants seuls n'ont pu tolérer les applications de poudre. L'amélioration a toujours été rapide ; le dégonflement de la muqueuse était favorisé par l'abondante sécrétion séreuse que provoque le médicament. En solution, il s'est montré moins actif que le tanin alcoolisé ou la glycérine boriquée. J. B.

Le téléphone et les affections de l'oreille, par LANNOIS (*Ann. mal. de l'or.*, *octobre* 1889).

Lannois a observé 3 personnes atteintes de troubles de l'ouïe après l'usage plus ou moins prolongé du téléphone. Il a ensuite examiné 14 jeunes filles employées au bureau central de Lyon, et de cet examen il ressort :

1° Que l'emploi fréquemment répété du téléphone ne semble pas avoir d'inconvénients graves pour les oreilles saines, mais qu'il est nuisible pour les oreilles déjà malades ;

2° Que les troubles consistent surtout en diminution de l'ouïe par fatigue de l'attention auditive (bourdonnements, céphalalgie, vertiges, hyperexcitabilité nerveuse et même troubles psychiques passagers) ;

3° Que ces accidents sont souvent passagers et disparaissent avec l'accoutumance de l'appareil ; qu'en tout cas ils cessent presque constamment dès que le téléphone est mis de côté. A. C.

I. — Neue Fälle von genuiner acuten Mittelohrenentzuendung... (Nouveaux cas d'otite moyenne aiguë primitive provoqués par le diplococcus de la pneumonie), par ZAUFAL (*Prag. med. Wochenschr.*, n°s 6, 12 *et* 15, 1889).

II. — Contribution à l'étude bactériologique des otites moyennes purulentes, par J. GRADENIGO (*Ann. mal. de l'or.*, *septembre* 1889).

I. — Dans six cas nouveaux d'otite moyenne aiguë, Zaufal a trouvé le diplocoque pneumonique de Frænkel et Weichselbaum. Dans deux cas, ces diplocoques furent trouvés immédiatement après l'ouverture chirur-

gicale du tympan; dans les autres cas, plus ou moins longtemps après la perforation spontanée.

Ces microbes pénètrent sans doute dans l'oreille moyenne par la trompe d'Eustache; du reste, on trouve des organismes, en petit nombre, il est vrai, dans l'oreille moyenne du lapin. Il est probable que ces microbes peuvent souvent demeurer inoffensifs pendant longtemps. Dans les cas de catarrhe pharyngo-nasal, on comprend que les microbes pénètrent plus facilement encore dans la trompe d'Eustache et qu'ils soient en quelque sorte naturellement portés dans l'oreille moyenne. Chez les animaux, on peut provoquer des otites moyennes en introduisant artificiellement le produit de cultures pures du pneumocoque. Chez un cobaye, il a constaté ainsi une inflammation de la muqueuse de l'oreille moyenne; la muqueuse était infiltrée d'éléments embryonnaires au milieu desquels on retrouvait le diplocoque pneumonique. A. MATHIEU.

II. — Gradenigo a examiné et cultivé le pus d'otites moyennes suppurées; dans trois cas d'otites aiguës, il a trouvé le diplococcus pneumoniæ. Dans les autres cas aigus ou chroniques, il a rencontré les staphylocoques pyogènes et trois fois le proteus vulgaris de Hauser. A. C.

Les lésions anatomiques de l'organe de l'ouïe dans les affections endocrâniennes, méningite... par J. GRADENIGO (*Ann. mal. de l'or., septembre* 1889).

Résultats d'examens de l'oreille dans 3 cas de méningite tuberculeuse, 1 de méningite purulente, 2 de méningite cérébro-spinale, 3 de tumeur cérébrale. Dans la plupart de ces cas, Gradenigo a constaté des névrites de la 7e et de la 8e paire, hémorragies, infiltrations purulentes dans la gaine du nerf et entre les fibrilles nerveuses. Les lésions remontent beaucoup plus haut du côté de l'auditif que du facial. Il s'agit là d'une névrite par diffusion du processus infectieux des méninges.

A. C.

I. — Ueber eine neue Verbandmethode für Ohr (Nouveau mode de pansement pour l'oreille), par Ludwig LŒWE (*Monats. f. Ohrenh.*, *n°* 11, 1888).

II. — D'une nouvelle méthode de traitement de l'otite moyenne aiguë, par Henri NOEL (*Thèse de Paris*, 1889).

I. — Lœwe a cherché à obtenir un pansement occlusif antiseptique tout en favorisant l'élimination des produits de suppuration. Après lavage de l'oreille, douches de Politzer et assèchement complet du conduit, il fait un tamponnement méthodique avec de petites boulettes d'ouate hydrophile glissées jusqu'au travers de la perforation tympanique et tassées jusqu'à l'orifice, y compris le pavillon de l'oreille. Le tout est maintenu par une bande. Le pansement est renouvelé toutes les vingt-quatre heures, et au bout de deux à trois jours, huit au plus, la suppression de l'écoulement est obtenue.

II. — Noel a essayé, dans plusieurs cas, la méthode de Lœwe et a obtenu les résultats annoncés par l'auteur. LUC.

Das Morel'sche Ohr (L'oreille de Morel; oreille de dégénéré), par BINDER (*Archiv für Psychiatrie und Nervenkr., Band XX, Heft* 2, *p.* 514, 1889).

Binder a entrepris une étude d'ensemble de cette question d'anthro-

pologie psychiatrique. Il a relevé 21 diverses variantes de malformations de l'oreille, qu'on rencontre chez les dégénérés. Sur un total de 354 déments, 128 (36 0/0) présentaient une conformation vicieuse du lobe de l'oreille, tandis que la proportion n'était que de 15 0/0 chez des sujets sains d'esprit. 54 0/0 des déments avec malformation du lobule de l'oreille étaient sous le coup de l'hérédité morbide; celle-ci existait chez 52 0/0 de l'ensemble des 354 déments sur lesquels ont porté les recherches de l'auteur. La plus forte proportion d'oreilles dégénérées a été rencontrée chez des déments issus de parents alcooliques. Sur 103 malades porteurs d'autres stigmates héréditaires, 71 avaient en outre des oreilles dégénérées.

Dans un petit nombre de cas seulement, les malformations de l'oreille paraissent être en rapport avec des malformations du crâne. Il se peut, par contre, si l'on s'en rapporte aux documents statistiques recueillis par l'auteur, que les malformations de l'oreille, chez les dégénérés, prédisposent dans une certaine mesure aux hallucinations de l'ouïe. D'où l'on pourrait conclure qu'avec les malformations de l'oreille externe coïncident des anomalies similaires de la structure fine de l'oreille interne et de l'appareil central de l'ouïe. L'auteur ne croit pas qu'il s'agisse, dans ces malformations de l'oreille, « d'une répercussion de l'atavisme. Il se rallie à l'opinion de Morel, comme quoi la dégénérescence n'est qu'une déviation pathologique du type normal. »

Ajoutons que, d'après l'auteur, il faudrait réserver la dénomination d' « oreille de Morel », prise dans le sens propre du mot, à la malformation qui consiste dans un effacement partiel de la partie supérieure de l'anthélix, avec larges fossettes supérieures de l'hélix et développement insuffisant de cette portion du pavillon : le nom d' « oreilles de Blainville » devant être attribué au développement asymétrique des oreilles.

F. RICKLIN.

Bakteriologisches bei Otitis media, par KUHN (*Berliner klinische Wochenschrif, n° 48, p. 1054, 2 décembre 1889*).

Levy et Schrader ont pratiqué, à la clinique de Kuhn, l'examen bactériologique dans 23 cas de suppurations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne, dont 7 affections de l'apophyse mastoïde et 2 cholestéatomes.

Ils y ont trouvé les microorganismes les plus divers, vivant en promiscuité.

Ces résultats sont donc contraires à l'assertion de ceux qui croient pouvoir, de la prédominance d'un certain micrococque, tirer des conclusions relativement à la gravité et à l'évolution d'une otite moyenne.

Dans la discussion, Siebenmann cite un fait de suppuration de l'antre mastoïdien où il ne trouva pas de bactéries ; néanmoins l'inoculation de ce pus dans la cavité abdominale d'un lapin provoqua une péritonite tuberculeuse.

J. B.

I. — Otitis media bei Diabetes, par KUHN.

II. — Discussion à la 62e réunion des naturalistes et médecins allemands (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 48, p. 1054, 2 décembre 1889*).

I. — Kuhn rapporte 2 cas d'otite moyenne chez des diabétiques, dont l'un a entraîné une méningite mortelle.

Contrairement à la crainte exprimée par quelques-uns (*R. S. M.*, XXVII, 752) de trépaner l'apophyse mastoïde en cas de diabète, Kuhn est partisan de cette opération, même dans les cas aigus où l'écoulement est très profus et où les douleurs sont persistantes.

Kuhn regarde la suppuration de la caisse du tympan, qui n'est pas rare à l'état aigu, chez les diabétiques, comme l'indice d'une ostéite diabétique.

II. — Walb se rallie à la manière de voir de Kuhn, relativement au traitement et à la nature de l'otite moyenne des diabétiques. Il a lui-même ouvert de bonne heure l'apophyse mastoïde chez un diabétique et constaté la présence d'un énorme foyer de carie.

Körner cite un fait analogue. La glycosurie était excessive, l'ouverture de l'apophyse mastoïde fut pratiquée, bien qu'extérieurement l'os parût sain et fût peu douloureux à la pression ; l'opéré guérit.

Moos, qui a examiné le malade de Koerner 77 jours après le début, a trouvé dans le pus auriculaire surtout le diplocoque de la pneumonie et des streptocoques.

O. Wolf a vu guérir sans opération une otite moyenne purulente aiguë chez un diabétique, avec violente inflammation de la face extérieure de l'apophyse mastoïde (*R. S. M.*, XXVII, 756).

Die anatomischen Verhaeltnisse, welche bei der Aufmeisselung des Warzenfortsatzes in Betraecht kommen (Conditions anatomiques dont il faut tenir compte dans la trépanation de l'apophyse mastoïde), par A. HARTMANN (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 49, p. 1078, 9 décembre 1889*).

Après avoir ouvert l'apophyse mastoïde à un centimètre en arrière de l'épine de Henle (*R. S. M.*, X, 649), on rencontre à une profondeur variable de 14 à 25 millimètres le nerf facial et le canal demi-circulaire horizontal.

Sur 50 temporaux, Hartmann a pratiqué des traits de scie horizontaux au niveau du milieu du conduit auditif externe et constaté que la distance moyenne jusqu'au canal demi-circulaire est de $21^{mm},5$ et jusqu'au canal du facial de 22 millimètres. Sur quelques os, cette distance s'est réduite à 17 millimètres.

Pour pénétrer plus profondément, par exemple pour atteindre la région supérieure de la caisse tympanique, Hartmann propose d'enlever avec un ciseau double, de son invention, la couche osseuse séparatrice du conduit auditif externe (portion osseuse du tympan de Walb). On peut en outre atteindre la même région soit en agrandissant l'antre en avant, soit en enlevant toute la paroi antérieure de l'antre et la portion osseuse du tympan. Un des trois procédés opératoires pourra mieux convenir suivant les cas. J. B.

Zur Histologie und Bakteriologie der diphtherischen Mittelohrerkrankungen (Anatomie pathologique et bactériologie de l'otite moyenne diphtéritique) par MOOS (*Berliner klinische Wochenschrift, n° 48, p. 1054, 2 décembre 1889*).

Moos a pratiqué l'examen de 6 rochers d'enfants de 2 à 7 ans ayant succombé à une angine diphtéritique, après une maladie variable de 12 à 18 jours.

Aucun ne présentait de perforation du tympan et deux seulement renfermaient du liquide trouble dans la cavité tympanique. L'examen microscopique des parois du labyrinthe a révélé les lésions suivantes :

Nécrose partielle de l'épithélium de la muqueuse qui est infiltrée de fibrine; forte inflammation du périoste; nécrose de l'os. Processus de dégénération dans le tenseur du tympan et le muscle de l'étrier.

Inflammation bactérienne du tronc du facial et de l'acoustique. Amas de streptocoques et d'autres microorganismes dans les vaisseaux, les tissus et les parois des trompes. J. B.

Ueber die Bezold'sche Form der Warzenfortsatzerkrankung... (Sur la forme d'accidents mastoïdiens décrite par Bezold et sur la thrombose du sinus latéral), par S. MOOS (*Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, *p.* 47, 1889).

L'auteur rapporte 4 observations personnelles de la variété d'abcès mastoïdiens décrite par Bezold. Dans cette forme, l'antre se trouvant plus rapproché de la face interne de l'apophyse que de sa face externe, dont il est séparé par une couche épaisse de tissu compact, le pus accumulé dans sa cavité se fait jour dans la première direction, c'est-à-dire dans la profondeur du cou, affectant les allures d'un abcès diffus plus ou moins étendu, tandis que la région mastoïdienne ne présente à l'examen ni gonflement ni rougeur, ni sensibilité à la pression.

Dans les trois premiers cas, Moos pratiqua conjointement la trépanation de l'apophyse et l'ouverture de l'abcès cervical. Les trois malades succombèrent : le premier, 3 mois après l'opération, aux conséquences d'une tuberculose pulmonaire avancée; le second, à un abcès du cervelet; le troisième à une septicémie. Au contraire, le quatrième malade guérit. Dans ce dernier cas pourtant Moos avait simplement ouvert l'apophyse mastoïde, et des symptômes incontestables de pyohémie par thrombose suppurée du sinus latéral s'étaient déjà manifestés. Moos pense que l'apparition de symptômes pyohémiques, loin d'indiquer une abstention de toute intervention chirurgicale, impose au contraire l'ouverture immédiate et la destruction antiseptique de tous les foyers accessibles au chirurgien. La proportion des germes introduits dans la circulation se trouvant ainsi limitée, l'organisme pourra s'en débarrasser peu à peu et triompher d'une complication longtemps considérée à tort comme incurable. LUC.

RENSEIGNEMENTS BIBLIOGRAPHIQUES.

Les travaux pour lesquels l'année n'est pas indiquée sont de 1889.

A

Abcès.—Compression élastique dans les abcès froids, par Biot. (*Lyon méd.*, 24 novembre.) — Abcès sous-diaphragmatique chez une femme qui présentait une inversion des viscères, par C. Schenk. (*Petersb. med. Woch.*, n° 14.)

Abdomen. — Sur l'absorption par les organes de la cavité péritonéale, par Pisenti. (13e *Cong. Assoc. ital., Padoue*, septembre.) — L'épanchement de chyle ou de liquides graisseux analogues dans les cavités séreuses, par Busey. (*Assoc. of amer. phys.*, 18 septembre.) — Sarcome de la paroi abdominale, par Mc Cosh. (*Intern. Journ. of surg.*, p. 235, octobre.) — Fibrosarcome des parois abdominales, par Krœnlein. (*Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte*, 15 juillet.)—Tumeur abdominale entre le foie et le côlon, avec ascite et teinte bronzée des téguments, par Fleiner. (*Berlin. klin. Wochensch.*, n° 40, p. 885, 7 octobre.)—Blessures de l'abdomen par armes à feu (spécialement de l'intestin), par Stimson. (*New York med. Journ.*, p. 449, 26 octobre.) — Plaie par instrument tranchant de l'abdomen, par S. Dennis. (*The Intern. Journ. of surg.*, p. 284.) — De la chirurgie abdominale, par Lauenstein. (*Deutsche med. Wochens.*, n° 49.)

Accouchement. — Compte rendu de la clinique obstétricale, par Guinier. (*Montpellier méd.*, octobre.) — Du souffle ombilical et du souffle utérin, par Leo Ettinger. (*Thèse Zurich*, 1888.) — Un accouchement par expression utérine, par Grynfelt. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 43.) — La présentation de la face, par Laurent. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Rectification des présentations de la face, par Rollin Banta. (*Buffalo med. and surg. Journ.*, p. 257, décembre.) — De l'engagement dans les bassins rétrécis, essai d'étude anatomique, par Jamin. (*Province méd.*, 12 octobre.) — A propos d'une occipito-iliaque gauche postérieure, par Mantel. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Enclavement de la tête au détroit inférieur, par Hubert. (*Rev. méd. de Louvain*, août.) — Un cas d'affection cardiaque compliquant l'accouchement, traité avec succès par le nitrite d'amyle, par Wright. (*Edinb. med. Journ.*, décembre.) — Du thrombus de la vulve et du vagin pendant le travail, par Bousignorio. (*Thèse Montpellier*, n° 54.) — Déchirures et perforations des petites lèvres dans les accouchements, par Mlle Coulacoff. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.) — De la délivrance dans le cas de fœtus mort ou macéré, par Valentin. (*Ibid.*, 18 décembre.) — Du tamponnement antiseptique de la cavité utérine après l'accouchement, par Blanc. (*Province méd.*, 7 décembre.) — Forceps de Chassagny et forceps croisé. (*Lyon médical*, 8 décembre.) — Blessures de l'enfant

pendant l'accouchement, par KUESTNER. (*P. Müller. Handbuch der Geburts.*, t. III.) — Rétrécissement du bassin, présentation transversale, version céphalique par manœuvres externes, embryotomie, version podalique, guérison, par DRUHEN. (*Arch. de tocol.*, décembre.) — Sur un cas d'accouchement avec atrésie d'un anus vaginal et sacrum rudimentaire, par O. PIERING. (*Zeitsch. für Heilkunde*, X, p. 219.) — Un cas de rétention fœtale, par HERRGOTT. (*Ann. de gynéc.*, décembre.) — Curettage utérin pour rétention du placenta, par ELIZABETH CUSHIER. (*Inter. Journ. of surgery*, p. 214, septembre.) — Rétention des membranes, déchirures de la paroi vaginale postérieure, pénétration dans le péritoine, endométrite putride, guérison, par GIGLI. (*Ann. di ostet.*, septembre.) — Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. Laparotomie avec utérorraphie. Mort par péritonite, par LANGE. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 32, p. 725, 12 août.) — De la discission, par TER GRIGORIANTZ. (*Cent. f. Gynaek.*, 26 octobre.) — Le technique des embryotomies, par H. THOMSON. (*Deustche med. Woch.*, n° 30, p. 604.) — Sur la craniocepsie et sur la céphalotripsie, par HAMON DE FRESNAY. (*Ann. soc. méd. d'Anvers*, p. 145.) — Craniotomie, céphalotribe bigame, par LEBON. (*Bull. Acad. royale de méd. de Belgique*, p. 428.) — Craniotomie et ses indications, par HOFFMAN. (*Amer. med. Assoc.*, 27 juin.) — Dystocie par malformation fœtale, par J. STRZALKO et J. ELIASBERG. (*Cent. f. Gynaek.*, 24 août.) — Pénétration d'un kyste dermoïde dans le rectum pendant l'accouchement, par GELSTROM. (*Ibid.*, 2 novembre.) — Tumeur fibreuse; dystocie, par LESUEUR. (*Bull. Soc. anat.*, p. 614, 6 décembre.)— De la provocation de l'accouchement prématuré par les courants constants, par BAYER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre.)

Acétonurie. — L'acétonurie et la peur, par A. MARRO. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, août.)

Acné. — Etiologie et traitement de l'acné, par BARTHÉLEMY. (*Arch. génér. de médec.*, décembre.)

Acromégalie. — De l'acromégalie, par SCHULTZE. (*Deutsche med. Wochens.*, n° 48.) — De l'acromégalie, par MARIE. (*Bull. méd.*, 25 décembre.)

Actinomycose. — Un cas d'actinomycose chez l'homme, par BYRON. (*N. York med. Journ.*, 28 décembre.) — Etude de l'actinomycose chez l'homme, par LUEHRS. (*Inaug. diss.*, *Goettingen.*) — Sur les cultures pures d'actinomycoses, par BUJWID. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 23.)—Actinomycose, par KELLER. (*Clin. soc. of London*, 8 novembre.) — Cinq cas d'actinomycose, par von NOORDEN. (*Beit. zur klin. Chir. von Bruns*, V, 1.) — Un cas d'actinomycose abdominale, par BUDAY. (*Orvosi hetilap.*, n° 43.) — De l'actinomycose de la langue, par MAYDL. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 42.) — Une forme particulière d'actinomycose chez l'homme, par LESER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 4.)

Addison (Mal d'). — Un cas de maladie d'Addison, par SJÖSTRÖM. (*Deutsche med. Wochens.*, n° 22, p. 437.)

Aérothérapie. — De l'influence que les manœuvres pneumatiques avec l'air comprimé exercent sur la circulation pulmonaire et aortique, par G. CAVALLERO. (*Il Morgagni*, novembre.)

Albuminurie. — Albumine du tata (Tata-Eiweiss), par E. HELBIG. (*Arch. f. Hyg.*, VIII, p. 475.) — Albumine vésicale, par GUYON. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.) — De la pathogénie de l'albuminurie et de l'éclampsie chez la femme gravide, par BLANC. (*Arch. de tocol.*, novembre.)

Alcoolisme. — Alcoolisme subaigu; de l'alcoolisme chez la femme, par THOMEUF. (In-8°, 31 p., *Paris.*)—Alcoolisme chronique avec symptômes ataxi-

ques, paroxysmes goutteux soulagés par le salicylate, par DRYSDALE. (*Brit. med. Journ.*, 23 novembre.)

Aliénation. — Le dépôt de mendicité. L'hospice départemental et l'asile des aliénés de La Charité-sur-Loire, par S. GARNIER. (In-8°, *Paris.*) — La loi sur les aliénés, par FRED. PETERSON. (*New York med. Record*, p. 428, 19 octobre.) — Distribution et isolement des aliénés, par CHARPENTIER. (*Revue d'hyg.*, XI, 1099, décembre.) — Les aliénés à la charge de l'Etat et non des comtés, par JACOBY. (*New York med. Journ.*, p. 589, 1er juin.) — Sur les produits des échanges physiologiques dans l'aliénation mentale, par CHRISTIANE. (*Arch. di psich. e antrop. crim.*, X, 5.) — L'action civile contre les délinquants, par CASTELLI. (*Arch. de psichiat.*, X, 3 et 4.)—Les persécutés en liberté, par BALL. (*Revue scientif.*, 21 décembre.) — Hérédité et folie, par TATY. (*La Loire médic.*, 15 novembre.)— Les néologismes des aliénés en rapport avec le délire chronique, par TANZI. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 4.) — De la mélancolie et de ses diverses variétés, par FALRET. (*Soc. méd. psychol.*, 11 novembre.)— Caractères généraux du délire mélancolique, par SÉGLAS. (*Progrès médical*, 16 novembre.) — Sur les hallucinations motrices, par TAMBURINI. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 4.) — De la folie mélancolique, par SCHLÖSS. (*Jahrb. f. Psychiat.*, IX, 1 et 2.) — Lipémanie chez un vieillard; suicide par instruments tranchants; multiplicité des blessures (plus de 300), par CHEVALLIER. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXII, 545, décembre.) — Suicide à coups de couteau commis par un aliéné, par MAURICE LAUGIER. (*Ibid*,, XXI, 398, mai.)— Observation de coprolalie chez des dégénérés, par BRUSQUE. (*Ann. méd. psych.*, juillet.) — Imbécillité avec stupeur chez un parricide, par VIRGILIO. (*Il Manicomio*, IV, n° 2.) — Folie neurasthénique paralytiforme, par ROSCIOLI. (*Ibid.*, IV, n° 2.) — Les idées fixes impulsives, par VENTRA. (*Ibid.*, IV, n° 3.) — Simulation de convulsion, d'amnésie et d'incohérence dans un cas de folie morale, par DE LUZENBERGER. (*Ibid.*, IV, n° 2.) — Sur un cas de paranoia chez un persécuté, par R. GUCCI. (*Archiv. ital. per le malatie nervose*, XXV, fasc. 4.) — Sur les rapports de l'aliénation mentale avec les maladies des yeux, par ROYET. (*Lyon médic.*, 29 décembre.)— Ostéomalacie et aliénation, par WAGNER. (*Jahrb. f. Psych.*, IX, 1 et 2.) — De l'aliénation mentale consécutive aux opérations chirurgicales, par DENIS. (*Thèse Montpellier*, n° 58.) — Des anomalies des organes génitaux chez les dégénérés, par LOUET. (*Thèse Bordeaux.*) — Les injections hypodermiques d'extrait d'opium dans le traitement des maladies mentales, par CANGER. (*Il Manicomio*, IV, n° 3.) — La suralimentation dans le délire aigu, par GUICCIARDI. (*Riv. sper. di freniat.*, XV, 4.) — Recherches cliniques sur le sulfonal chez les aliénés, par E. MARANDON DE MONTYEL. (*France médicale*, 14 novembre.)

Alimentation. — L'alimentation pour les malades et les enfants; discussion à la Brit. med. Assoc. (*Brit. med. Journ.*, 7 décembre.) — Théorie et pratique de l'alimentation infantile, par v. LIEBIG. (*Münch. med. Wochens.*, p. 880, 10 décembre.) — L'alimentation du premier âge, par HERM. ALBRECHT. (*Berne.*) — Influence des aliments salins sur les échanges gazeux de l'homme, par LOEWY. (*Arch. f. Anat. u. Phys., phys. Abth.*, p. 167.)— Effets sur l'organisme d'une alimentation exclusive de maigre et d'eau, par HERSCHELL. (*Lancet*, 9 novembre.)— De l'alimentation dans les pyrexies, par LOEBISCH. (*Wiener med. Presse*, p. 1521, n° 39.) — Sur l'usage de la saccharine dans l'alimentation, par D. TORSELLINI. (*La Riforma medica*, octobre

Amputation. — Deux cas de désarticulation de la hanche pour tumeurs du fémur, suivies de guérison, par SALZWEDEL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1076, 9 décembre.) — Discussion de la réunion libre des chirurgiens berlinois sur les procedés de désarticulation de la hanche. (*Ibid.*, 9 et 30 décembre.)

— De l'amputation ostéoplastique de la cuisse ou opération de Gritti, par Mazziotti. (*Incurab.*, 1er novembre.) — Nouvelle amputation dermoplastique, par Baracz. (*Wiener med. Presse*, p. 1481, n° 38.) — De l'indication de l'amputation de Chopart, par Helferich. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 4.) — Réamputations pour moignon douloureux, par Morse. (*Occidental med. Times*, p. 530, octobre.)

Amygdale. — Des streptocoques des amygdales, par Kurth. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 986, 11 novembre.) — De l'amygdalite infectieuse et contagieuse, par H. Dauchez. (*France médicale*, 7 décembre.) — Etude sur la pathologie de l'amygdale linguale, par Kersting. (*Verandl. d. phys. med. Gesell.*, *Würzburg*, XXIII, 6.) — Opération de l'amygdale pharyngienne atrophiée, par Kuhn. (*Deut. med. Woch.*, n° 44, p. 903.) — Le traitement des maladies de l'amygdale non accompagnées d'hypertrophie, par J.-O. Roe. (*New York med. Journ.*, p. 458, 26 octobre.) — Traitement de l'hypertrophie de l'amygdale linguale, par Seiss. (*Med. News*, 21 décembre.) — Hémorragie après l'ablation des amygdales, par Butter. (*New York med. Journ.*, 2 novembre.) — Lymphosarcome de l'amygdale, laryngotomie et ablation, récidive dans les ganglions cervicaux, ablation, guérison, par Lediard. (*Lancet*, 23 novembre.)—Un cas de polype pédiculé de l'amygdale, par Rivière. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.)

Anatomie. — Des méthodes d'anatomie microscopique, par Israel. (*Fortsch. d. Med.*, n° 22.) — Du développement de l'organisme, par Roux. (*Wiener med. Presse*, n° 49.) — De la structure et du développement des tissus, par Rabl. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 3.) —Précis d'anatomie pathologique, par Bard. (In-12, 784 pages, *Paris.*) — Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, par Ernst Ziegler. (Tome I, 6e édition revue, *Iéna.*)

Anémie. — Un cas d'anémie pernicieuse, par Axtell. (*N. York med. Journ.*, 14 décembre.) — Ictère dans l'anémie pernicieuse, par Bartels. (*Berlin. klin. Woch.*, 28 octobre.) — De l'oxygène dans le traitement de la leucémie et des anémies graves, par Hershey. (*The Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 482, novembre.)

Anesthésie. — Histoire de l'anesthésie chirurgicale, par Laboulbène. (*Rev. scient.*, 14 décembre.) — Des modifications récemment apportées à l'anesthésie chirurgicale, par Dastre. (*Semaine médicale*, 20 novembre.) — De l'anesthésie chirurgicale (Etude critique et pratique), par Forgue. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 50.) — Appareil à piston pour l'administration du chloroforme, par Cumston. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, 739, décembre.) — Modifications de la nutrition consécutive au sommeil chloroformique, par Kast. (*Münch. med. Woch.*, p. 869, 3 décembre.) — Des effets nuisibles du gaz d'éclairage pendant l'administration du chloroforme, par O. Eversbusch. (*Ibid.*, 26 mars.) — Nouveau bonnet pour l'anesthésie avec l'éther, par Poncet. (*Lyon médic.*, 8 décembre.) — Nouvel appareil sacciforme pour l'anesthésie avec l'éther, par Poncet. (*Province méd.*, 14 décembre.) — De l'emploi de la cocaïne en chirurgie, par John Wyeth. (*Intern. Journ. of surgery*, p. 227, octobre.) — L'action toxique de la cocaïne comme anesthésique local, par Gallardo. (*Rev. de med. y cirurg.*, 7 octobre.) — Anesthésie par la cocaïne dans la lithotritie, par Frendenberg. (*Berlin. klin. Wochens.*, 8 juillet.) — La narcose par le bromethyle, par Eschricht. (*Deuts. med. Woch.*, n° 31, p. 626.) — Anesthésie locale par cataphorèse électrique ou pénétration de substances médicamenteuses sous la peau à l'aide du courant continu, par Garel. (*Province médicale*, 23 novembre.) — Emploi du chlorure de méthyle, par Cotte. (*Thèse Montpellier*, n° 50.)

Anévrisme. — Des anévrismes intra-craniens de la carotide interne et de ses branches, par Epron. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — Anévrisme intra-cranien symétrique des deux vertébrales, donnant lieu à des symptômes de méningite cérébro-spinale, par Hale White. (*Pathol. Soc. of London*, 19 novembre.)—Anévrisme de l'aorte, paralysie de la corde vocale gauche, irritation des rameaux gastriques du pneumogastrique, par Rumpf et Marchand. (*Berlin. klin. Woch.*, 5 août.) — Anévrisme de l'aorte thoracique chez un syphilitique; usure du rachis, par Létienne. (*Bull. Soc. anat.*, p. 623, 13 décembre.) — Des anévrismes de l'aorte thoracique, par Viellh. (*Thèse de Bordeaux.*) — Un cas particulier d'anévrisme de l'aorte ascendante, par Högerstedt. (*St-Petersburg. med. Woch.*, n° 18.) — Anévrisme disséquant de l'aorte, par Polaillon et Legry. (*Soc. anat.*, p. 491, 26 juillet.) — Deux cas d'anévrisme aortique, par Brieger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 806, 9 septembre.) — Anévrisme de l'aorte, par Bech. (*Münch. med. Woch.*, p. 640, 10 septembre.) — Diagnostic et traitement de l'anévrisme aortique, par Williams. (*Med. Soc. of London*, 16 décembre.) — Anévrisme sacciforme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte; traitement par l'électropuncture; mort par rupture de la poche dans la plaie, par Spillmann et Haushalter. (*Gaz. hebd. de méd.*, 29 novembre.) — Anévrisme de l'aorte abdominale ouvert dans la plèvre gauche, par Drewry. (*Virginia med. Monthly*, juillet.) — Oblitération de l'artère radiale dans le cours d'un anévrisme axillaire causé par la pression d'une béquille, par Oppenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 965, 4 novembre.) — Anévrisme traumatique de la radiale; ligature au-dessus de la tumeur, guérison, par Gayraud. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 49.) — Anévrisme cirsoïde ou varice anévrismale de la main et du membre supérieur droit, par Bazy. (*Gaz. des hôpit.*, 31 décembre.) — Anévrisme de la fémorale droite au tiers moyen, anévrisme de la poplitie gauche et de la tibiale postérieure, ligature des fémorales et ablation entre deux ligatures, guérison, par Marsh. (*Lancet*, 28 décembre.) — Rupture d'un anévrisme poplité, par Anderson. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 4 décembre.) — Anévrisme diffus du mollet simulant un abcès, ablation, par Battle. (*London chir. Soc.*, 13 décembre.) — Traitement des anévrismes externes, par Estor. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 52.) — Du traitement des anévrismes, par G.-B. Schmidt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 946, 28 octobre.)

Angine. — Angine de Ludwig chez un enfant de 6 ans, par Carralero. (*Arch. de med. y cir. de los ninos*, avril.) — Quelques remarques sur « le phlegmon aigu et infectieux » de Senator, par F. Obtulowicz. (*Archiv f. path. Anat.*, Band CXVIII, Heft 2.)

Angiome. — Un cas de nævus pilosus molluscoide, par Eichhoff. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 11.) — Etude expérimentale du mode d'action de l'électrolyse dans le traitement des tumeurs érectiles, par Lafaye. (*Thèse de Bordeaux.*) — Du traitement des télangiectasies par l'électrolyse, par Vogel. (*Deut. med. Woch.*, n° 48.)

Anomalie. — Membrane unissant le bras au thorax; absence des deux pectoraux et du grand dentelé antérieur correspondants; scoliose générale à convexité gauche, chez un gymnaste émérite, par Kredel. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 967, 4 novembre.) — Absence congénitale de cinq côtes, par Gage. (*N. York med. Record.*, 19 octobre.) — Absence congénitale de cinq côtes, par R. Lovett. (*Amer. orthop. Assoc.*, septembre.)

Anthrax. — Anthrax malin de la lèvre supérieure, complications de phlébite et de méningite, mort, par Waroux. (*Arch. méd. belges.*) — De l'anthrax, par Barritt. (*Atlanta med. Journ.*, octobre.)

Antisepsie. — Le nécessaire et le superflu en matière d'antisepsie, par Folet. (*Bull. méd.*, 22 décembre.) — La méthode sous-cutanée et l'antisepsie, par Dubrueil. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 31.) — Recherches cliniques et expérimentales sur l'antisepsie médicale. (*Bull. génér. de thérap.*, p. 247, 30 septembre.)

Anus. — Du traitement du prolapsus anal avec invagination du rectum, par Rudolf Volkmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 994, 18 novembre.) — De la colotomie lombaire et iliaque, choix de l'opération, par Bryant. (*Lancet*, 14 décembre.) — Colotomie inguinale pour affection maligne du rectum, par Purcell. (*Ibid.*, 30 novembre.)

Aorte. — De l'aortite, par Potain. (*Union médicale*, 26 novembre.) — Déchirure annulaire de l'aorte antépéricardique, par Velluti. (13e *Cong. Assoc. ital., Padoue,* septembre.)

Appareil. — Spirographe, par Grazzi. (*Sperimentale*, octobre.)—Le stéthoscope le meilleur est le binauriculaire, par P. K. Pel. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 43, p. 929, 28 octobre.) — Pince à sutures, par Joye. (*N. York med. Journ.*, 13 juillet.) — Appareil singulier pour les fractures fabriqué par les Arabes tunisiens, par Scuto. (*Sperimentale*, décembre.) — Appareil en fil de fer pour les fractures des maxillaires, par Sauer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 902, 14 octobre.) — Appareil simple pour la pratique obstétrique et gynécologique, par Gelli. (*Ann. d. ostetric.*, septembre.) — Speculum univalve ou bivalve, par Coen. (*Ibid.*) — Cystoscope à irrigateur, par Nitze. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 967, 4 novembre.) — Nouvelle sonde à double courant pour les irrigations de l'utérus, par Cordès. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — La fabrication des sondes urétrales jadis et aujourd'hui, par P. Gueterbock. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 902, 14 octobre.)

Artère. — De l'origine de l'atrère obturatrice, par Pfitzner. (*Anat. Anzeig.*, IV, nos 6 et 7.) — Sur l'étiologie de l'endartérite chronique, par B. Pernice. (*Sicilia medica*, p. 573, juillet.) — Artérites infectieuses expérimentales par Gilbert et Lion. (*C. R. Soc. biol.*, 12 octobre.) — Sur un cas d'oblitération de la carotide primitive gauche. Contribution à l'histologie pathologique des vaisseaux sanguins, par B. Pernice. (*La Riforma medica*, 16 et 17 octobre.)

Articulation. — Des névroses articulaires, par Petersen. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Traitement de l'hydropisie articulaire intermittente, par von Brincken. (*Berlin. klin. Woch.*, 12 août.) — Un cas de polyarthrite déformante, par Stark. (*N. York med. Journ.*, p. 429, 20 avril.) — Des principes du traitement mécanique des maladies de la hanche, par Shaffer. (*Ibid.*, 23 novembre.) — Méthode ischiatique pour l'arthrotomie ou la résection de la hanche, par Bidder. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 4.) — De l'arthrectomie du genou dans l'arthrite tuberculeuse, par Emil Muller. (281 p., *Copenhague.*) — Opération d'Ogston pour un genu valgum, par Périer. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 6, p. 422.) — Du traitement du genou varus et valgus, de la pathogénie de ces déformations, par Wolff. (*Deut. med. Woch.*, n° 50.) — Résection du fibrocartilage semilunaire interne du genou gauche pour mobilité anormale, par Raffa. (*Sperimentale*, octobre.) — Ablation d'un corps étranger de l'articulation du genou, guérison, par Bradford. (*Boston med. Journ.*, p. 205, 29 août.) — Traitement opératoire de l'arthrite tuberculeuse du genou, par Thomson. (*Brit. med. Journ.*, 7 décembre.) — Arthrite tuberculeuse médio-tarsienne; extirpation exploratrice de l'astragale, amputation de Pasquier et Le Fort, par Jacques-L. Reverdin. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 778, dé-

cembre.) — Traitement de la tarsalgie des adolescents par le massage, par LANDERER. (*Berlin. klin. Woch.*, 25 novembre.) — De l'extension continue dans les affections du membre inférieur, nouvel appareil pour son application, par LANNELONGUE. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 3, p. 168.)

Asthme. — Un cas d'asthme dyspeptique, par O. FRAENTZEL. (*Charité-Annalen*, p. 363.) — Du traitement de l'asthme bronchique, par KRUTOVSKY. (*Novosti terap.*, n° 12.)

Avortement. — De l'avortement rhumatismal, par BROUILHON. (*Thèse Montpellier*, n° 3, novembre.)

B

Bactériologie. — Etudes de bactériologie, par FOKKER. (In-8°, *Leipzig.*) — Traité de mycologie pathologique, par P. BAUMGARTEN. (*Brunswick.*) — Atlas microphotographique de bactériologie, par C. FRAENKEL et R. PFEIFFER. 5e livraison. Bacilles du foin, de l'œdème malin et du tétanos. (*Berlin.*) — Recherches bactério-chimiques, par PETRUSCHKY. (*Cent. f. Bakteriol.*, VI, n° 23.) — De l'antagonisme des bactéries, par DE FREUDENREICH (*Ann. de micrograph.*, n° 1.) — De la destruction des bactéries dans le corps de la grenouille, par LUBARSH (*Fortsch. d. Med.*, VIII, 3.) — Transport par un insecte de parasites infectieux, par V. GALIPPE (*Soc. biologie*, 27 juillet.) Du rôle de la bactériologie dans la clinique, par JACCOUD. (*France méd.*, 26 novembre.) — Evolution des microbes chez les animaux vaccinés, par CHARRIN. (*C. R. Soc. biologie*, 9 novembre.) — Les bactéries de l'air à l'île d'Elbe, par ROSTER. (*Sperimentale*, décembre.) — Sur les bactéries des voies aériennes à l'état normal, par VON BESSER (*Beit. zur path. Anat. Ziegler*, VI, 4.) — Les microorganismes de la cavité buccale, les affections locales et générales qu'ils déterminent, par W. D. MÜLLER. (*Leipzig.*) — De la teneur du lait en bactéries, par FREUDENREICH (*Ann. de microg.* décembre.) — Action du suc gastrique sur les microbes pathogènes, par KURLOW (*Wratch*, n° 42.) — Recherches sur les phénomènes de dégénérescence des bactéries pathogènes dans l'eau distillée, par BRALM. (*Beit. zur pathol. Anat.*, VII, p. 11.) — Sur un bacille trouvé dans l'eau se colorant en bleu indigo, par CLAESSE. (*Cent. f. Bakter.*, VII, 1.) — Sur quelques microorganismes typiques dans l'eau et dans l'organisme, par G.-C. FRANKLAND et PERCY-F. FRANKLAND. (*Zeit. f. Hygiene*, VI, 3.) — Sur la biologie du diplococcus capsulatus, par FOA. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Sur les rapports qui peuvent exister entre le bacillus coli communis et la fièvre typhoïde, par RODET et ROUX. (*Province méd.*, 30 novembre.) — Infection d'origine alimentaire ; présence exclusive du bacillus coli communis dans l'intestin, par ROUX et WEILL. (*Province méd.*, 21 décembre.) — Sur la morphologie des streptocoques, par KLEIN. (*Ann. de microg.*, décembre.) — Transformisme en microbiologie ; variabilité du bacillus anthracis, par CHAUVEAU. (*Arch. de méd. expér.*, n° 6, novembre.) — Les microorganismes des légumes frais, concurrence vitale entre quelques espèces de saprophytes et les bacilles du charbon et du typhus, par E. FAZIO. (*La Riforma medica*, 14 septembre.) — De la nature hâtive des substances provenant des bactéries mortes dans le sérum sanguin, par BUCHNER. (*Cent. f. Bakteriol.*, VI, n° 21.) — Recherches sur les diastases sécrétées par le bacillus heminecrobiophilus dans les milieux de culture, par ARLOING. (*Acad. des sc.*, 2 décembre.) — Sur les rapports de la putréfaction avec les bactéries parasites, par HUEPPE et WOOD. (*Lancet*, 7 dé-

cembre.) — Quelques mots sur la microbiologie, nouvelles découvertes tétanos, microbe de la pneumonie infectieuse du cheval et celui de la diphtérie, par Blaise. (*Journ. de méd. de l'Algérie*, n° 14.)— Sur l'identité du streptococcus pyogène et du streptocoque de l'érysipèle par Fraenkel. (*Cent. f. Bakteriol.*, VI, n° 25.) — Sur le vibrion de Metschnikoff et sa présence dans le choléra asiatique, par Pfeiffer. (*Zeit. f. Hyg.*, VII, 3.) — Sur l'action de l'infusion de café sur les bactéries, par Luderitz. (*Zeit. f. Hygiene*, VIII, 2.) — Note préliminaire sur les microorganismes de la fièvre du Texas, par Smith. (*Med. News*, 21 décembre.) — Une maladie infectieuse des serins, par Rieck. (*D. Arch. f. Thiermed.*, XV, p. 68.) — Recherches sur le bacille de la maladie des grouses, par Klein. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 22.) — Nouvelles recherches sur le bacille de la maladie des grouses, par Klein. (*Cent. f. Bakteriol.*, VII, 3.)

Bain. — Le bain électrique au sublimé, expériences sur un nouveau traitement mercuriel, par Gaertner et Ehrmann. (*Semaine méd.*, 27 novembre.) — Action des bains d'acide carbonique, par Stifler. (*Deustche med. Woch.*, n° 32, p. 672.)

Bassin. — Traitement des exsudats du bassin, par Wernitz. (*Cent. f. Gynaek.*, 9 novembre.) — Bassin à double synostose sacro-iliaque sans rétrécissement transversal, par Sabatier. (*Lyon méd.*, 15 décembre.) — Le nouveau bassin spondylolisthésique de Breslau, par Neugebauer. (*Arch. für Gyn.*, XXXV, 3.) — Un cas de bassin spondylolisthésique ou sacro-cyphotique, par V. Herff. (*Zeit. f. Geburts.* XVIII, 2.)

Bec-de-lièvre. — Du bec-de-lièvre, par Nancrede. (*Med. Times and register*, 10 août.) — L'opération hâtive du bec-de-lièvre, par Manley. (*N. York med. Journ.*, 15 juin.)

Béribéri. — Nouvelle contribution à la pathologie de la Kakke (Béribéri), par Miura. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVII, Heft 1.) — Sur le béribéri, par Liebig. (*Wiener med. Woch.*, n° 42.)

Biliaires (Voies). — Sur la pathologie de la sécrétion biliaire, par Tissier. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.) — Deux méthodes de coloration des capillaires biliaires, par Kupffer. (*Münch. med. Woch.*, 5 novembre, p. 767.) — A propos de deux cas de cholécystite typhoïde, par Laffon. (*Montpellier méd.*, 16 septembre.) — Rupture de la vésicule biliaire, par Haslam. (*Med. Soc. of London*, 18 novembre.) — Ictère par résorption péritonéale, dû à la rupture de la vésicule biliaire chez un nourrisson, par Hayem. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 22 nov.) — Sur les effets de l'épanchement de bile dans la cavité péritonéale et sur la cicatrisation des plaies de la vésicule biliaire, par R. Schwarz. (*La Riforma medica*, 10 et 11 octobre.) — Sur l'action de l'huile d'olive ou de graines de cotonnier dans les coliques hépatiques, par Stewart. (*Med. News*, 23 novembre.) — Calcul biliaire obstruant l'intestin, par Körte. (*Cent. f. Chir.*, n° 29.) — Calcul biliaire de la grosseur d'un œuf de poule, expulsé entier par Dardel. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 735, novembre.) — Cholécystotomie et broiement des calculs dans le canal cystique, par Marriott. (*Leicester med. Soc.*, 6 décembre.) — Cholécystotomie, par Stewart. (*N. York med. Journ.*, p. 570, 25 mai.) — Cholécystotomie, pneumonie hypostatique, mort, par Bishop. (*Lancet*, 30 novembre.) — Sur un cas d'obstruction du canal cholédoque avec dilatation de la vésicule biliaire, laparatomie, ponction de la vésicule, cholécystentérostomie, guérison, par Terrier. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Chirurgie des maladies causées par les calculs biliaires, par Crede. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Cancer primitif de la vésicule et des canaux biliaires, par J. Musser. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 5 oct., p. 503.)

Blennorragie. — Affections gonorréiques chroniques de la muqueuse vaginale chez les prostituées, par Oberlaender. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 11.) Le gonococcus de Neisser dans ses rapports avec la médecine légale, par Ottolenghi et Resegolti. (*La Riforma medica*, 4 septembre.) — Phlegmon périurétral blennorragique, par Pescion. (*Boll. d. cliniche*, mars.) — Contribution à l'étude du traitement de la blennorragie chronique, par Eleiner. (*Münch. med. Woch.*, p. 679, 1er octobre.) — Traitement de la blennorragie chez la femme, par Schmitt. (*Revue méd. de l'Est,* n° 19, p. 577.) — Péritonite suraiguë au cours d'une double pyosalpingite blennorragique latente, par Thiroloix. (*France méd.*, 28 novembre.)

Bouche. — De la stomatite aphteuse infectieuse, par Hirtz. (*Journ. de méd. Paris*, novembre.) — Stomatite contagieuse, par Fidalgo. (*Rev. de med. y cir.*, 22 septembre.) — Enfant avec deux bouches, par London. (*Australian med. Gaz.*, mars.)

Branchie. — Fistules branchiales héréditaires chez les filles; conformation normale chez les garçons d'une même famille, par Auzilhou. (*Montpellier méd.*, 16 décembre.)

Bronche. — Bronchite fibrineuse sans cachexie chez une femme de 52 ans, par Morin. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 786, décembre.)

Brûlure. — Traitement des brûlures par l'iodoforme, 109 cas, par Schiff. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 2.)

C

Cadavre. — La rigidité cadavérique expliquée par la contraction musculaire, par H. Girard. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 715, novembre.) — Sur les théories de la rigidité cadavérique, par A. Herzen. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 802, décembre.)

Cancer. — Du cancer et des maladies cancéreuses, par Marshall. (*Lancet*, 23 novembre.) — L'arrêt des tumeurs dans le cancer par le courant voltaïque interrompu, par Parsons. (*Lancet,* 30 novembre.) — Des échanges nutritifs chez les cancéreux, par Fr. Müller. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 5 et 6.) — Du carcinome primitif multiple, par Schimmelbusch. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 4.)

Cartilage. — Formation du tissu cartilagineux, par Solger et par Van der Strichten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 942 et 943, 28 octobre.) — Un cas d'enchondrome offrant une multiplication extraordinaire, par Biedert, Kast et Recklinghausen. (*Arch. f. path. Anat. u. Physiol.* CXVIII, *Heft* 1.)

Cellule. — Sur les méthodes de recherche de la constitution chimique du noyau cellulaire, par Griesbach. (*Münch. med. Woch.*, 22 octobre, p. 732.)

Cerveau. — Les fonctions de la région motrice de l'écorce cérébrale, par Horsley. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 777.) — Les sillons de la convexité cérébrale du fœtus humain, par Beer. (*Wien. med. Presse*, n° 38, p. 1484.) — Dualité du cerveau, par Baldwin. (*Mind.* octobre.) — Décussations cérébro-spinales, par Mettler. (*N. Y. med. J.*, p. 514, 11 mai.) — L'étude des substitutions fonctionnelles dans le cerveau proprement dit, faite sur des pigeons, comme contribution à la physiologie des commis-

sures, par GALLERANI. (13e *C. Assoc. ital. Padoue,* septembre.) — Etude de l'activité volontaire (impulsions et inhibitions volontaires), par J. ORSCHANSKY. (*Arch. für Anat. und Physiol. phys. Abth.*, 1889, p. 173.) — De l'action de certaines substances sur le pouls cérébral, par P. PETRAZZANI. (*Riv. sper. di fren.*, XIV, fasc. 3 et 4.) — Influence des nerfs sur la circulation cérébrale, par SCHIFF. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 597, 1er octobre.) — Modifications du pouls cérébral dans les diverses positions du corps, par TORTI. (*Bull. d. Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma*, octobre.) — Résultats de l'ablation successive des deux circonvolutions sigmoïdes chez les jeunes chiens, par HERZEN. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 738, novembre.) — Cerveau de bègue, par SABRAZÈS. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 15 décembre.) — Sclérose insulaire du cerveau, par LYMAN. (*Med. News*, 16 novembre.) — Hydrocéphalie intra-utérine, par MURRAY. (*Edinb. med. Journ.*, octobre.) — Quelques cas d'hydrocéphalie intra-utérine, par C.-E. UNDERHILL. (*Edinb. med. Journ.*, septembre.) — Un cas d'hydrocéphalie avec spina bifida chez un jeune homme de 19 ans, par BITOT. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 10 novembre.) — Dégénérescence dans l'encéphalopathie, par MARRO. (*Arch. di psichiat.*, X, 3 et 4.) — Diagnostic des affections de la couche optique, par NOTHNAGEL. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 5 et 6.) — Trois cas de lésions du nerf optique dans des affections du lobe occipital, par MOELI. (*Berlin. klin, Woch.*, p. 1032, 25 novembre.) — Des lésions ophtalmoscopiques des vaisseaux de la rétine dans l'artériosclérose généralisée avec recherches particulières sur la sclérose des vaisseaux cérébraux, par RAEHLMANN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 5 et 6.) — Valeur des symptômes oculaires dans la localisation des affections cérébrales, par SWANZY. (*Wien. med. Presse.* n° 41, p. 1604.) — Hémianopsie homonyme, guérison, mort ultérieure et autopsie, par ANDERSON. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 14 novembre.) — Leçons sur le syndrome bulbo-médullaire constitué par la thermanesthésie, l'analgésie et les troubles sudoraux ou vaso-moteurs (substance grise latéro-postérieure), par GRASSET. (*Montpel. méd.*, juillet.) — Contribution à l'étude des attaques dites hypochondriaques, avec remarques sur la pathologie de la représentation motrice des images verbales, par A. PICK. (*Prag. med. Wochenschr.*, n° 13.) — Cas d'astasie et abasie, par BERTHET. (*Lyon méd.*, 10 novembre.) — Contribution à l'aphasie, par EISENLOHR. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, p. 737.) — De la localisation des lésions intra-craniennes, par MORRISON. (*Birmingham med. Rev.*, avril.) — Observations sur l'hémorragie intra-cranienne et le ramollissement cérébral, par HENDRIC LLOYD. (*Med. News,* 26 octobre.) — Deux cas d'apoplexie progressive, par MOSSÉ. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 32.) — Hémiplégie gauche avec aphasie, insuffisance et rétrécissement mitrals sarcome lipomateux de l'ovaire droit, par TISON. (*Gaz. des hôp.*, 5 déc.) — Un cas d'hémianesthésie simple et d'hémiataxie dû à un foyer d'hémorragie ayant détruit la partie postérieure de la capsule interne, par H. OPPENHEIM. (*Charité-Annalen,* p. 396.) — Hémiplégie gauche avec aphasie, par TISON. (*Bull. Soc. anat.*, 25 octobre, p. 558 et 8 novembre, p. 570.) — Hémiplégie gauche avec troubles trophiques des membres correspondants, intégrité de la face pour les mouvements volontaires, mais paralysie pour la mimique réflexe. Foyer de la couche optique, par KEIPPEL. (*Bull. Soc. anat.*, 20 décembre, p. 649.) — De l'encéphalite suppurée primitive, par STRUEMPELL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 905, 14 octobre.) — Exencéphalie, fissures faciales, par CHAVASSE. (*Bull. Soc. anat.*, 29 nov., p. 613.) — Exencéphalie; description du crâne et du cerveau, par DROIN et CHAPUT. (*Bull. Soc. anat.*, 13 décembre, p. 644.) — Traitement des encéphalocèles, par TRECHSEL. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, p. 630, 15 octobre.) — Hernie du cerveau consécutive à une fracture du crâne com-

pliquée, par Bockelmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 34, p. 692.) — Hernie du cerveau, par Little. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 1er novembre.) — Cas de commotion cérébrale avec température animale de 41 degrés. Autopsie : foyer hémorragique dans le tissu supérieur du bulbe, par Roux. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 738, novembre.) — Thrombose des veines et sinus cérébraux, par J. Carpenter. (*Boston med. Journ.*, 26 septembre, p. 307.) — Abcès du cerveau, par Sheild. (*Med. Soc. of London*, 11 novembre.) — Un cas de méningo-encéphalocèle et d'abcès du cerveau par traumatisme, par Mayer. (*Inaug. Diss. Munich.*). — Abcès du cerveau consécutif à une fracture du crâne, par Ed. Donhoff. (*Annals of surgery*, août, p. 119.) — Abcès du cerveau, par Markoe. (*N. York med. Journ.*, 9 novembre.) — Myosarcome interpédonculaire, par Allen Starr. (*Boston med.*, 22 août, p. 189.) — Plaie du cerveau par scie circulaire, guérison, par Kehr. (*Berl. klin. Woch.*, 14 octobre.) — Paraplégie due à un coup de feu sur les centres corticaux des membres inférieurs, par F. Petérson. (*N. York med. Journ.*, p. 372, 5 octobre.)

Cervelet. — Histologie normale du cervelet, par Borgherini (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Structure du cervelet de l'écorce du cerveau, des ganglions sympathiques, par Koelliker. (*Münch. med. Woch.*, p. 890, 10 décembre.) — Résultats expérimentaux sur le cervelet, par Borgherini et Gallerani. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Contribution à la physio-pathologie du cervelet, par Borgherini. (*Riv. Sper. di fren.*, XIV, 1 et 2.) — Hydrocéphalie avec développement considérable du cervelet en dehors du crâne, par H.-F. Leonard. (*Amer. Journ. of obst.*, août.) — Hernie du cervelet chez un nouveau-né, par Tenchini. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Kyste du cervelet, par Hadden. (*London pathol. Soc.*, 17 décembre.)

Césarienne (Opération). — Quelques cas d'opération césarienne, par S. Braun. (*Arch. für Gyn.*, XXXIV, 2.) — Deux opérations de Porro suivies de guérison, par Russ. (*Ibid.*, XXXV, 3.) — Sur l'opération césarienne, par Simon. (*Münch. med. Woch.*, 10 septembre, p. 639.) — Opération de Porro nécessitée par un bassin déformé, un utérus énormément grossi par des tumeurs fibreuses, et un kyste du ligament large, par Black. (*Med. News*, 2 novembre.) — Opération césarienne pour une grossesse compliquée de fibro-myomes de l'utérus et du ligament large, par Tuffier. (*Ann. de gynéc*, novembre.) — Un cas de rupture de l'utérus et un cas d'opération césarienne, par Lusk. (*N. York med. Journ.*, p. 281, 14 septembre.) — Cancer primitif du vagin, opération césarienne, par J. S. Hawley. (*N. York med. Journ.*, p. 428, 19 octobre.) — L'opération césarienne moderne, manuel opératoire, par Potocki. (*Ann. de gynéc.* déc.)

Charbon. — Sur la transmission du charbon de la mère au fœtus, par Latis. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Critique de la théorie des phagocytes de Metschnikoff en se basant sur ses propres recherches sur les spores du charbon chez la grenouille, par Fahrenholz. (*Inaug. Diss. Königsberg.*) — Recherches sur l'immunité des pigeons contre le charbon, par Czaplewski. (*Inaug. Diss. Königsberg.*) — Réponse de Metschnikoff. (*Ann. Inst. Pasteur*, janvier 1890.) — De l'action antidotique exercée par les liquides pyocyaniques sur le cours de la maladie charbonneuse, par Woodhead et Cartwright Wood. (*Acad. des Sc.*, 23 décembre.) — Note sur un cas de charbon intestinal chez l'homme, par Bouisson. (*Arch. de méd. expér.*, n° 6, novembre.)

Chirurgie. — Compte rendu de la clinique chirurgicale pour 1887 et les trois

premiers mois de 1888, par A. Kœhler. (*Charité-Annalen*, XIV *Jahrg.*, p. 489.) — Contribution à l'étude des maladies chirurgicales congénitales de l'homme, par O. Janicke. (*Breslauer aerztl. Ztschr.*, n° 6.) — Compte rendu de la clinique chirurgicale d'Albert pour l'année 1887, par Hochenegg. (*Vienne.*) — Importance de la pathologie générale et de la bactériologie pour les études chirurgicales, par Verneuil. (*Gaz. des hôp.*, 21 novembre.)

Chlorose. — De la chlorose, par Wilhelmi. (*Cent. f. klin. Med.*, 23 nov.)

Choléra. — Epidémie locale et circonscrite de choléra en rapport avec l'alimentation, par Waddell. (*Indian med. Gaz.*, n° 8.) — L'épidémie de choléra de Kashmir de 1888, par Neve. (*Ibid.*, n° 10.) — Recherches expérimentales sur le choléra, par W. Loewenthal. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 496.) — La toxicité des bactéries du choléra et le traitement du choléra, par F. Hueppe. (*Ibid.*, n° 33, p. 665.) — Pathogénie et traitement rationel du choléra, par Druzylowsky. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, n° 84.)

Chorée. — La pathologie de la chorée, par Garrod. (*Lancet*, 23 novembre.) — Chorée héréditaire, par Suckling. (*Midland med. Soc.*, 16 octobre.) — Chorée et rhumatisme, par Syers. (*Lancet*, 21 décembre.) — Sur les altérations du système nerveux dans un cas de chorée, par A. Ruffini. (*La Riforma medica*, 22 août.) — Chorée aiguë grave ; bons effets du traitement, par Sottas. (*France méd.*, 17 août.)

Choroïde. — Deux cas de choroïdite disséminée avec acuité normale de la vision, par Randolph. (*Arch. of opht.*, XVIII, 4.) — Traitement et guérison d'un cas de chorée par l'électricité, par G. Gautier. (*Soc. de méd. prat.*, 14 novembre.)

Circulation. — Rapports réciproques de la grande et de la petite circulation, par Knoll. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 597, 1er octobre.) — Sur la circulation sanguine des mammifères au moment de la naissance, par Contejean. (*Acad. des sc.*, 23 décembre.) — Expériences de sphygmométrie, par A.-M. Bloch. (*Soc. biologie*, 29 juin.) — Observations pléthysmographiques sur la grenouille, par Katzenstein. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, 1889, p. 258.)

Climat. — Funchal (île de Madère) et son climat, par F. Christman. (*Thèse de Strasbourg.*) — Un sanatorium dans la Californie méridionale, par Dukeman. (*N. York med. Journ*, p. 545, 18 mai.) — La Norvège et ses ressources climatiques et thérapeutiques, par Daubler. (*Berlin.*) — De l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine, par Leudet. (*Bull. gén. de thér.*, 30 décembre.) — Essai de climatothérapie locale (Vosges). Les stations sanitaires des montagnes, par Lardier. (*Bull. méd. des Vosges*, octobre.)

Cœur. — Sur l'innervation vaso-motrice du cœur, par Gaglio. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Etude sur l'innervation du cœur, par Kirsch. (*Wiener med. Presse*, n° 51.) — Observations touchant l'expérience de Stannius sur la ligature du sinus veineux du cœur, par Gaglio. (*Bull. d. sc. med. Bologna*, série VI, tome XXIII, et *Arch. ital. de biol.*, XII, 3.) — Etudes sur les mouvements du cœur chez l'homme faites sur le cœur mis à nu d'August Wittmann, par Ziemssen et J. V. Manimowitsch. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 1.) — Le cœur mis à nu (August Wittmann). Histoire de l'opération, avec des remarques sur les mouvements normaux du cœur, par Richard Heigl. (*Ibid.*, XLV, p. 27.) — La résistance vitale du cœur chez le nouveau-né, par Heinricius. (*Zeit. f. Biol.*, XXXVI, p. 190.)

— Sur la fonction du cœur embryonnaire, par FANO. (*Cent. f. Physiol.*, p. 325.) — Du choc cardiaque et du pouls, par SCHMID. (*Wien. med. Presse*, n° 39, p. 1526.) — Sur les qualités phonétiques des bruits du cœur, par T. OCCHIPINTI. (*Palerme.*) — Excitation graduée du vague cardiaque, par E. HÜFLER. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 295.) — Relations du cœur et des vaisseaux. Les causes de la stabilité de la pression sanguine dans les divers degrés de réplétion des vaisseaux, par E. JOHANSSON et R. TIGERSTEDT. (*Arch. scandinaves de physiol.*, I, p. 331.) — Contribution pharmacologique à la doctrine de l'activité de la diastole, par STEFANI et GALLERANI. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Influence de la chaleur sur les battements du cœur, par G. UGHETTI. (*La Riforma medica*, 30 et 31 octobre et 2 novembre.) — Réduction de l'hémoglobine dans le cœur, par SOPHIE HANDLER. (*Zeitschrift f. Biologie*, p. 233.) — La cause des bruits anémiques du cœur, par SEHRWALD. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 372.) — Contribution à l'étude des anomalies pathologiques du choc du cœur, par S. TALMA. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 142.) — Contribution à l'étude du développement de l'hypertrophie du cœur dans les lésions expérimentales des appareils valvulaires. Le système nerveux du cœur dans les lésions orificielles expérimentales, par A. TIMOFEJEFF. (*Aus. d. prof. Botkin'schen klinik zu Petersburg*, mars.) — De la faiblesse du cœur, par SCHUMACKER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 272.) — Péricardite hémorragique d'origine tuberculeuse, par SOUQUES. (*Bull. Soc. anat.*, 29 novembre, p. 611.) — Sur une péricardite purulente, par DUFLOCQ. (*Ibid.*, 22 novembre, p. 585.) — Quelques faits d'endocardite maligne, par GIRODE. (*C. R. Soc. biologie*, 9 novembre.) — Endocardite pariétale chronique avec intégrité des valvules. Péritonite chronique. Sclérose du foie. Impaludisme, par HALLION. (*Bull. Soc. anat.*, 20 décembre, p. 655.) — Endocardite ulcéreuse ou dothiénentérie, par PETER. (*France méd.*, 10 décembre.) — Endocardite ulcéreuse par diplococcus pneumonique, par TOMBOLAN-FAVA. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — De l'endocardite chronique et de son action sur le rein, par CH. DULLES. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 19 octobre, p. 557.) — Contribution à l'etude de l'endocardite ulcéreuse, par H. LAFFON. (*Thèse Montpellier*, n° 60.) — Hypoplasie artérielle et maladie du cœur, par H. HANDFORD. (*Practitioner*, novembre.) — Valeur diagnostique du choc cardiaque, par MARTIUS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 909, 21 octobre.) — Insuffisance et rétrécissement aortiques, par GRAHAM STEEL. (*Practitioner*, septembre.) — Insuffisance aortique sans choc cardiaque perceptible, par MARTIUS. (*Deut. med. Woch.*, n° 50.) — Un cas d'insuffisance aortique avec une compensation extraordinaire, par O. FRAENTZEL. (*Charité-Annalen*, p. 353.) — Pulsations visibles du voile du palais dans l'insuffisance aortique, par FR. MUELLER. (*Charité-Annalen*, XIV, p. 251.) — Recherches expérimentales sur l'insuffisance mitrale et sur son influence sur la circulation et le poumon, par BETTETLEIM et KAUDERS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 1 et 2.) — Rétrécissement mitral, hémiplégie droite et aphasie. Hémorragie intestinale, par SOUQUES. (*Bull. Soc. anat.*, 13 décembre, p. 628.) — Rétrécissement mitral et rétrécissement tricupidien chez une jeune fille de 20 ans, par LYON. (*Bull. Soc. anat.*, 11 octobre, p. 512.) — Affection du cœur, apoplexie pulmonaire, néphrite interstitielle, par RENDU. (*Gaz. des hôp.*, 28 novembre.) — Anévrisme du cœur, par DE GRANDMAISON. (*Bull. de la Soc. anat.*, 13 décembre, p. 626.) — Anévrisme du cœur; ramollissement cérébral. Artérite syphilitique probable de l'encéphale et des coronaires, par BOUISSON. (*Bull. Soc. anat.*, 25 octobre, p. 534.) — Un cas de tachychardie paroxystique, par G. FRAENTZEL. (*Charité-Annalen*, p. 357.) — Remarques physiologiques sur l'hypertrophie cardiaque, par VON FREY et KREHL. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 943, 28 octobre.) — De la tachycardie

essentielle paroxystique, par L. Jumon. (*France méd.*, 24 décembre.) — De la myocardite segmentaire essentielle et principalement de la forme sénile de cette affection, par Mollard. (*Thèse de Lyon*, n° 492.) — Cyanose congénitale ; communication interventriculaire, par Gampert. (*Bull. Soc. anat.*, 29 novembre, p. 604.) — Physiologie pathologique de la maladie bleue, forme tardive de cette affection, par Bard et Curtillet. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Oblitération de l'artère pulmonaire et persistance du trou de Botal, par Marcellin. (*Marseille méd.*, n° 8, p. 506, et n° 9, p. 554.) — Sur un cas de maladie bleue, par de Dominicis. (*Rivista clinica e terap.*, n° 10, p. 500.) — Malformation du cœur, par Chapotot. (*Lyon méd.*, 17 novembre.) — Ectopie apparente du cœur (choc cardiaque au niveau du mamelon droit), par Rauzier. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n°s 30, 42.) — Rupture de la valvule mitrale, par Hale White. (*London pathol. Soc.*, 3 décembre.) — Rupture du cœur, par Belugon. (*Marseille méd.*, n° 8, p. 503.), — De l'avenir des cardiaques, par G. Sée. (*La Médecine moderne*, 22 décembre.) — Le repos et l'exercice dans les maladies du cœur, par Loomis. (*Med. News*, 9 novembre.) — Le traitement hydriatique et climatérique des cardiopathies, par Liégeois. (*Bull. méd. des Vosges*, octobre.) — Le traitement des maladies chroniques du cœur et les toniques cardiaques, par A. Mossé. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 48.) — Sur le massage du cœur, par Ortel. (*Münch. med. Woch.*, 10 septembre, p. 631.) — Note sur l'emploi des cautères profonds dans les affections organiques du cœur accompagnées d'un bruit de souffle, par Notta. (*La Normandie médic.*, 1er décembre.) — Traitement des hypertrophies idiopathiques du cœur consécutives à l'artério-sclérose, par Fraentzel. (*Union médicale*, 24 octobre.) —

Conjonctif. — Histologie et chimie des fibres élastiques et du tissu conjonctif, par A. Ewald. (*Zeitschrift f. Biologie*, p. 1.)

Conjonctive. — Glycogène dans la conjonctive et la cornée des yeux malades, par Schiede. (*Arch. of Opht.*, XVIII, 4.) — Sur une épidémie de conjonctivite folliculaire, par Joelson. (*Westnik ophtalm.*, juillet-octobre.) — La conjonctivite des nouveau-nés, par Raineri. (*Giorn. per le levatrici*, n° 3.) — Observations cliniques sur les granulations conjonctivales, par Malgat. (*Rev. d'opht.*, n° 10.)

Coqueluche. — La coqueluche, par A. Guidi. (*Brochure in-8° Florence.*) — Les injections d'iodoforme dans la coqueluche, par Capretti-Guidi. (*Brescia.*) — L'antipyrine dans la coqueluche, par Hirsh. (*Med. Obosrenie*, n° 15.) — Les bains de mer dans la coqueluche, par de Galdiz. (*Revista de med. de los niños*, 31 octobre.) — Iodophénol contre la coqueluche, par Kothe. (*Memorabilien*, XXXIII, 6.)

Cornée. — Terminaison des nerfs dans la cornée, par Brand. (*Arch. of opht.*, XVIII, 4.) — De la kératite ponctuée, par Lawford. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — Kératite ponctuée superficielle, par Fuchs. (*Wiener med. Woch.*, n° 44.) — Un cas de kératite dendritique ulcéreuse mycosique, par Lubinski. (*Westnik ophtalm.*, juillet-octobre.) — Des kératites dans la paralysie du trijumeau, par E. Franke. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 822.) — Examen du réflexe patellaire dans 62 cas de kératite interstitielle, par Lang et Wood. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — Staphylome complexe de la cornée, par Valude. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — Sur les changements de la courbure de la cornée à la suite de l'opération de la cataracte, par E. Scimeni. (*Sicilia medica*, n° 9, p. 725.) — Un cas de tuberculose primitive de la cornée, par

G. Giglio. (*Sicilia medica*, n° 10, p. 797.) — La cautérisation après l'opération du ptérygion, par Sollier. (*Thèse Montpellier*, n° 62.) — Les injections sous-conjonctivales de sublimé corrosif pour le traitement des lésions infectieuses de la cornée, par G. Secondi. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, août.)

Corps étrangers. — Des corps étrangers des voies respiratoires, par Lindhorst. (*Inaug. Diss. Wurtzbourg.*) — Corps étrangers des voies aériennes, par Mark Hovell. (*Hunterian Soc.*, 23 octobre.) — Corps étrangers des voies aériennes, quelques cas, par Massei. (*Arch. ital. di laring.*, IX, 4.) — Corps étranger des voies respiratoires, grain de café, trachéotomie, guérison, par Thelen. (*Deut. med. Woch.*, n° 28.) — Corps étranger des voies aériennes, dragée, trachéotomie, guérison, par Jalaguier et Témoin. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 3.) — Noyau de prune dans la trachée, par O'Neill. (*North of Ireland Branch of Brit. med. Assoc.*, 31 octobre.) — Corps étranger de la trachée, par Linares. (*Gaceta med. Catalana*, 15 juillet.) — Corps étranger de la bronche droite, par Weber. (*Soc. méd. de Greifswald*, 2 mars.) — Corps étranger des bronches, par Simpson. (*N. York Acad. of med.*, 22 octobre.) — Dentier dans le pharynx et le larynx pendant 16 jours, par Knight. (*Ibid.*) — Corps étranger du poumon. Mort après 35 ans, à la suite d'un abcès chronique du poumon, par V. Hösslin. (*Münch. med. Woch.*, 3 décembre, p. 862.) — Corps étranger du pharynx (os plat) expulsé spontanément au bout d'un an à la suite de la formation d'un abcès, par G. Merz. (*Corresp.-Blatt. schw. Aerzte*, p. 763, 15 décembre.) — Pois ayant séjourné 19 ans dans l'oreille, par Sutphen. (*N. York med. Rec.*, 3 août.) — Un cas de corps étranger de l'oreille moyenne, par Sargent. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 1.) — De l'extraction des corps étrangers introduits accidentellement dans l'oreille, par Perron. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 8 décembre.) — Extraction des corps étrangers de l'oreille, par Barclay. (*N. York med. Journ.*, 13 juillet.) — Corps étranger ayant pénétré dans l'œil et rebondi sur le fond du globe, par Collins. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — Corps étrangers de l'œil, par Pausier. (*Montpellier méd.*, octobre.) — Corps étranger de l'orbite, par J.-P. Marsh. (*N. York med. Journ.*, p. 123, 3 août.) — Balle logée dans la tête, opération, guérison, par G. R. Fowler. (*N. York med. Journ.*, p. 210, 24 août.) — Œsophagotomie pour corps étranger, dentier, par Bennett May. (*Birmingham and Midland counties branch of Brit. Assoc.*, 12 décembre.) — Corps étranger de l'œsophage avec diverticule de cet organe, par E. Hoffmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 378.) — Sur quelques procédés pratiques de chirurgie, extraction des corps étrangers de l'œsophage, de l'urètre, par Créquy. (*Bull. gén. de thér.*, 15 décembre.) — Endoscopie vésicale appliquée à l'extraction des corps étrangers, par Tuffier et Janet. (*Ann. mal. org. gén.-urin.*, décembre.)

Crâne. — Table pour le calcul de l'indice céphalique, par Livi. (*Arch. per l'antropol.*, XII, 2.) — Rôle des sinus et des cavités aériennes du crâne et de l'oreille, par Sandmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1135, 30 décembre.) — Crânes d'inconnus trouvés à Turin, par Lombroso et Ottolenghi. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, août.) — Pneumatocèle crânien, sus-mastoïdien, opération, guérison, par Sonnenburg. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27.) — Fracture du crâne, déchirure de l'artère méningée moyenne. Epanchement sanguin extra-duremérien, par Chrétien. (*Union médicale*, 24 octobre.) — Fracture du crâne, aphasie, hémiplégie droite, par Wegener. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28, p. 568.) — Fracture compliquée du crâne, par Mixter. (*Boston med. Journ.*, 13 juin.) — Fracture

du crâne terminée par guérison après douze jours d'inconscience et d'aphasie totale, par G. Merz. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, p. 763, 15 décembre.) — Fracture du crâne par arme à feu, par Reubold. (*Münch. med. Woch.*, 10 décembre, p. 890.) — Note sur un cas de perte de la mémoire à la suite d'un traumatisme du crâne, par Joseph Bell. (*Edinburgh med. Journ.*, décembre, p. 543.) — Fracture du crâne, symptômes de compression, trépanation, guérison, par Wigmore. (*Lancet*, 21 décembre.) — Epilepsie corticale, plaie pénétrante du crâne, trépanation un an après la blessure, bon résultat (depuis 4 mois), par Koehler. (*Deut. med. Woch.*, n° 46.) — Trois cas de fracture du crâne avec hernie du cerveau, par Rodenstein. (*N. York med. Journ.*, p. 7, 6 juillet.) — Le traitement des blessures de tête, par Dudley Allen. (*New York med. record*, p. 141, 10 août.) — De la résection temporaire de la voûte du crâne à la place de la trépanation, par Wagner. (*Cent. f. Chirur.*, 23 novembre.)

Criminel. — De l'internement des criminels instinctifs dans des établissements spéciaux, par Paul Garnier. (*Annales d'hyg. publ.*, XXII, 429, novembre.) — Têtes d'assassins et têtes d'hommes honnêtes, par Zampa. (*Arch. di psichiat.*, X, 3 et 4.) — Les récentes statistiques judiciaires pénales italiennes, par Rossi. (*Ibid.*, X, 3 et 4.) — Imbécile, criminel d'occasion, par Lombroso et Ottolenghi. (*Ibid.*, X, 3 et 4.) — Criminels fous, par Stura. (*Ibid.*) — Femmes criminelles et prostituées, par Lombroso. (*Ibid.*, X, 3 et 4.) — Misonéisme et délit politique ; la folie, la criminalité et le délit politique, par Lombroso et Laschi. (*Ibid.*, X, 5.) — Palimpsestes des prisons, par Lombroso. (*Ibid.*, X, 3 et 4.)

Cristallin. — Nutrition du cristallin et nature intime de cette nutrition, par Gallerani et Bosevi. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Sur la tendance héréditaire à la cataracte dans l'enfance, par Thompson. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 12 décembre.) — Un cas de lenticonus postérieur, par Knapp. (*Arch. of opht.*, XVIII, 4.) — Hernie du cristallin à travers une perforation de la cornée, par Collins. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — Cataracte zonulaire, par Gayet. (*Lyon méd.*, 24 novembre.) — Opération de cataracte sans iridectomie, 100 cas, par Stedman Bull. (*N. York med. Journ.*, 2 novembre.) — L'opération de la cataracte et la cataracte diabétique, par Hirschberg. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 757.) — Sur l'opération de la cataracte par aspiration, par Kaçaourow. (*Westnik opht.*, juillet-octobre.) — Le traitement post-opératoire de la cataracte, par Boyton. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril.) — Le traitement chirurgical de la cataracte, par Vilas. (*Ibid.*) — Cinq cas de cataracte, suite de méningite chez de jeunes sujets, opération, guérison, par Bock. (*Wiener med. Woch.*, n° 47.) — Trois cas d'érythropsie (2 chez des opérés de cataracte ; nature oculaire du phénomène par surexcitation rétinienne), par Vetsch. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 583, 1er octobre.) — Mort après l'opération de la cataracte, reins atrophiés, par Webster. (*Arch. of opht.*, XVIII, 4.)

D

Démographie. — Etude démographique et médicale sur le ralentissement de la population en France, par Vacher. (*Thèse de Paris*, 5 décembre.)

Dengue. — La fièvre dengue en 1889, par de Brun. (*Rev. de méd.*, janvier.) — La fièvre dengue et l'épidémie actuelle à Madrid, par Parody. (*Gaz. des hôp.*, 7 janvier 1890.) — Etude sur l'épidémie de dengue dans l'île de

Chypre pendant l'année 1888, par CARAGEORGIADES. (*Rev. méd. pharm., Constantinople*, n° 2.) — La fièvre dengue à Constantinople, par MALEAS. (*Wien. med Woch.*, n° 52.) — La fièvre dengue en Turquie. (*Veröffent. d. kais. Gesund. Amtes.*, n° 59.) — La dengue à Constantinople, par VIOLI. (*Journal de Stamboul.*) — La fièvre rouge en Syrie. Relation d'une épidémie de fièvre dengue observée à Beyrouth, par DE BRUN. (*Rev. de méd.*, août.) — De la fièvre dengue en Orient, par CHRISTOPH. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 42.) — De la dengue ou fièvre dengue, par ORNSTEIN. (*Deut. med. Woch.*, n° 2, 1890.) — Deux cas d'une maladie rappelant la fièvre dengue et observée à Reims, par GUELLIOT. (*Gaz. hebd. de méd.*, n° 51.) — De la dengue atténuée. (*Semaine méd.*, 25 décembre.) — De la fièvre dengue, par CHRISTOYANAKIS. (*Bull. méd.*, 8 décembre.) — De la fièvre dengue, par MELICHAR. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, n° 42.) — Epidémie obscure de dengue survenue à bord de l'*Agamemnon* pendant son séjour à Zanzibar, par GODDING. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890.) — De la fièvre dengue, par E. VON DURING. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 1.) — Inflammation des glandes de Cowper dans la dengue, par RINGWOOD. (*Brit. med. Journ.*, 18 janvier 1890.)

Dent. — Aperçu sur l'état actuel de l'odontologie, par DAVID. (In-8°, 20 p. *Paris.*) — Actes de la Société allemande d'odontologie, (t. I, 1er fasc., *Berlin.*) — Examen de la valeur désinfectante de quelques dentifrices usuels, par ARCHINARD. (*Berl. klin. Woch.*, 8 juillet.)

Désinfection. — De la désinfection par la vapeur d'eau, par ROHRBECK. (*Deut. med. Woch.*, n° 50.)

Diabète. — Du diabète sucré, par VON MERING. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 5 et 6.) — Le diabète et la glycosurie, par L. GREFFIER. (*France méd.*, 5 novembre.) — La glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales, par G. NUZZI. (*Il Morgagni*, octobre.) — Sur la glycosurie passagère d'origine nerveuse, par GOODHART. (*Brit. med. Journ.*, 21 décembre.) — Production du diabète par ablation du pancréas, par MINKOWSKI et VON MERING. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 611, 15 octobre.) — Traitement diététique du diabète sucré, par NAUNYN. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 349.) — Sur le diagnostic du diabète, recherche du sucre urinaire, par TOISON. (*Journ. sc. méd. Lille*, 6 décembre.) — Du diabète sucré syphilitique, par DECKER. (*Deut. med. Woch.*, n° 46.) — Maladie d'Addison chez un diabétique, par WEST. (*Pathol. Soc. of London*, 5 novembre.) — Etude clinique et expérimentale sur le coma diabétique et son traitement, par STADELMANN. (*Deut. med. Woch.*, n° 46.) — Un cas d'ostéite primitive de l'apophyse mastoïde d'origite diabétique avec remarques sur l'influence des opérations sur la marche du diabète, par KÖRNER. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 1 et 2.) — L'antipyrine dans le diabète sucré, par OPITZ. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 646.) — De l'anhydride carbonique dans le traitement du diabète sucré, par GUALDI. (*Bullet. d. Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma*, octobre.)

Digestion. — De la digestion dans l'intestin grêle et de ses rapports avec la digestion stomacale, par BOAS. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 1 et 2.) — De la boulimie, par LEO. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 28, p. 653, 15 juillet.)

Diphtérie. — La diphtérie aux altitudes élevées, par TURNER. (*Med. News*, 9 novembre.) — Etiologie de la diphtérie, par ESCHERICH. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 1.) — Recherches sur le bacille de la diphtérie, par BABÈS. (*Spitalul*, n° 9.) — Deux cas de diphtérie, par TONGE-SMITH. (*Lancet*, 14 décembre.) — Contribution à l'étude de la diphtérie, la membrane diphtéritique, par HEUBNER. (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXX, 1 et 2.) — Angine

diphtéritique avec érythème exsudatif multiforme, par Adolf Kuhn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 938, 28 octobre.) — Emphysème sous-cutané de la face du cou et de la poitrine dans un cas de diphtérie grave, par Paul Fabre. (*Gaz. médic. Paris*, 28 septembre.) — Deux cas rapidement mortels de paralysie diphtéritique, par Caiger. (*Lancet*, 14 décembre.) — Un cas de pseudo-rhumatisme diphtéritique, par Dauriac. (*Gaz. des hôp.*, 19 décembre.) — Traitement des sténoses laryngées diphtéritiques par la méthode d'O'Dwyer, par Ganghofner. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 3.) — Traitement local de la diphtérie, par Mulhall. (*N. York med. Journ.*, p. 319.) — Pinceau molletonné pour détacher les fausses membranes de la diphtérie, par de Crésantignes. (*France méd.*, 10 août.) — Au sujet de plusieurs cas de diphtérie traités par la méthode Gaucher, par de Crésantignes. (*France méd.*, 3 août.) — Traitement de la diphérie, par Dittebrandt. (*Omaha clinic*, février.) — Traitement de la diphtérie par l'essence de térébenthine, par Peabody. (*Ibid.*, janvier.) — Du traitement de la diphtérie (badigeonnage ac. salicylique, essence de térébenthine en inhalation, perchlorure de fer à l'intérieur), par Popoff. (*Novosti terap.*, n° 22.) — Vapeurs d'eucalyptus globulus dans le traitement de la diphtérie, par Martin. (*Thèse Montpellier*, n° 59.) — Traitement de la diphtérie par le soufre et le sulfate de quinine, par Burqhardt. (*Wiener med. Woch.*, n°s 39-40.) — Tubage et trachéotomie dans le croup, par Ranke. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 3.) — Sur la trachéotomie dans la diphtérie, par von Iterson. (*Weekbl. van. het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, II, n° 2.) — Même sujet, par Koch. (*Ibid.*, n° 10.) — Traitement local de la diphtérie, par Mulhall. (*Amer. Journ. of med. sc.*, novembre, p. 462.)

Dysenterie. — Dysenterie palustre, par Kgrohen. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Des amibes de la dysenterie, par Kartulis. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 2.) — Quelques considérations sur les arthropathies dysenteriques, par Mignotte. (*Thèse Montpellier*, novembre, n° 4.)

E

Eau. — Sur la distribution de l'eau dans les villes, en général, et en particulier sur les plans adoptés pour la ville de Prague, par Altschul (*Prague*, 1889.) — Compte rendu annuel sur l'alimentation en eau de la ville de Zurich et de la banlieue, en 1888. (*Zurich.*) — L'eau potable de Berlin est-elle sûrement débarrassée de tout germe infectieux par la filtration dans les sables, par Fraenkel. (*Deut. med. Woch.*, n° 50.)

Eaux minérales. — Les eaux minérales et thermales dans l'est de la France, aperçu de la géologie et de l'orographie des Vosges, par Bailly (*Bull. méd. des Vosges*, octobre.) — L'eau-mère de Nauheims, son contenu en acide carbonique, par Credner. (*Deustche med. Woch.*, n° 18, p. 360.) Les eaux calciques et magnésiennes et la solubilité de l'acide urique, par L. Lehmann. (*Ibid.*, n° 28, p. 560.) — Influence de la cure interne des eaux de Carlsbad sur l'impaludisme, par Arnold Pollatschek. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 543, 17 juin 1889.)

Eclampsie. — De la nature infectieuse de l'éclampsie, par Scarlini. (2e *Cong. Soc. ital. méd.*, *Rome*, 15 octobre.) — Rapports de l'albuminurie gravidique avec l'éclampsie, par Arnal. (*Thèse Montpellier*, n° 40.) — Eclampsie; accouchement pendant les accès; développement d'une psychose chronique, par Siemerling. (*Charité-Annalen*, XIV, p. 438.)

Eczéma. — Alopécie complète du cuir chevelu déterminée par un eczéma séborréique aigu avec dermite intense, par VIDAL. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 10, p. 792.)

Electricité. — Précis d'électrothérapie, par SARAT. (In-18, *Paris.*) — De l'électro-diagnostic, par ROCKWELL. (*N. York med. journ.*, 30 novembre.) Nouvel accumulateur pour la galvanocaustique, par KUHN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, p. 879.) — Sur la résistance de conducti ilité dans les recherches sur l'excitabilité électrique, par LUDWIG MANN. (*D Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 311.) — L'action cataphorétique du courant galvanique dans l'organisme, par P. TIEMANN. (*Dissert. Berlin.*) — L'électrolyse; son mode d'action et ses applications quant aux tissus solides, par A. KUTTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, 11, 18 et 25 novembre.) — Les effets de l'électricité sur les lésions nerveuses périphériques, par ROCKWELL. (*N. York med. journ.*, 20 avril) — L'électricité dans les maladies du cerveau et du système vasomoteur, par GRAY. (*Ibid.*, p. 479, 4 mai.) — L'électrothérapie dans les paralysies de la motilité, par DUBOIS. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 577, 1er octobre.) — De l'électrothérapie en gynécologie, par BRÖSE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 24, p. 479.) — De quelques emplois des courants faradiques en gynécologie, par BRÖSE. (*Ibid.*, n° 51.) — Nouveau bain électrique, par GAERTNER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 905 14 octobre.)

Eléphantiasis. — Eléphantiasis asymétrique congénital chez une fillette de 6 ans, par KUENG. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 21, p. 667, 1er novembre.) — Tumeur éléphantiasique récidivée des petites lèvres et du clitoris. Ablation au 7e mois de la grossesse qui continue sans trouble, par WYDER. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, p. 757, 15 décembre.) — Eléphantiasis de la vulve, par HEINKE. (*Münch. med. Woch.*, 31 décembre, p. 932.)

Embolie. — Sur le transport rétrograde des embolies dans les veines, par BONOME. (13e *Cong. Assoc. ital.*, *Padoue*, septembre.)

Embryologie. — Des premiers rapports entre l'embryon et l'utérus chez quelques mammifères, par PALADINO. (*Giorn. d. Assoc. dei natur.*, *Naples*, I, 1 et 2.) — Démonstration de l'absence d'allantoïde sur un embryon humain de la fin de la 2e semaine, par KOLLMANN. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, p. 754, 15 décembre.) — Formation des feuillets du blastoderme et de la corde dorsale chez la grenouille, par HOUSSAY. (*Arch. de zool. expér.*, VII, n° 2.)

Emphysème. — Emphysème sous-cutané, suite de la rupture d'une vomique, par SHELSWELL. (*Lancet*, 21 décembre.)

Empoisonnement. — Empoisonnement par la décoction de semences de lupin, par CAPEI. (*Sperimentale*, décembre.) — Ictère fébrile avec néphrite ou hypertrophie de la rate (maladie de Weil), à la suite d'empoisonnement par la santonine, par CRAMER. (*Deut. med. Woch.*, n° 52.) — Empoisonnement par la strychnine, par FEGEN. (*Lancet*, 9 novembre.) — Deux cas d'intoxication par la quinine, par R. BUCCHERI. (*Sicilia medica*, n° 8, p. 656.) — Un cas d'empoisonnement par le crithmus maritime, par MISURACA. (*Sicilia medica*, n° 10, p. 820.) — Sur la résistance des poisons végétaux à la putréfaction, par A. RUSSO GILIBERTI et G. DOTTO. (*Ibid.*, n° 10, p. 761.) — Accident toxique par la cocaïne, par RICHARDSON. (*Journ. of Americ. Assoc.*, 7 septembre p. 351.) — Traitement du morphinisme et du chloralisme, par ROSENTHAL. (*Wien. med. Presse*, n° 37, p. 1441.) — Empoisonnement chez un fumeur d'opium, par COLLINS. (*N. York med. record*, 14 septembre.) — La guérison des maladies produites par l'abus de la morphine, par CONSTANTIN SCHMIDT.

(*Paris.*) — Empoisonnement par l'opium, par BRAMWELL. (*Lancet*, 30 novembre.) — Des besoins pathologiques avec paralysie de la volonté. Dipsomanie, morphinomanie ; chloralisme ; cocaïnisme, par CLOUSTON. (*Edinburgh med. journ.*, décembre, p. 508.) — Empoisonnement par le chloral, par PURDY. (*Leeds and West Riding med. chir. Soc.*, 18 octobre.) — Des effets des cantharides ingérées en nature, par PAUL FABRE. (*Gaz. méd. Paris*, 16 novembre.) — Vingt-trois cas d'empoisonnement par le tyrotoxicon, par CAMMANN. (*N. York med. journ.*, 23 novembre.) — Empoisonnement par les ptomaïnes, par MARSH. (*Ibid.*, 9 novembre.) — Empoisonnement par le tyrotoxicon, par MARTIN. (*Med. News*, 16 novembre.) — Sur un cas de démence consécutive à l'intoxication oxycarbonée, par RAFFEGEAU. (*Rev. d'hyg. thér.*, novembre.) — Polyomyélite, suite d'empoisonnement par l'oxyde de carbone, par ROKITANSKY. (*Wiener med. Presse*, n° 52.) — Empoisonnement par l'oxyde de carbone, par CROSSLAND. (*N. York med. journ.*, 14 décembre.) — Paralysies dues à l'oxyde de carbone, par JACOBY. (*Ibid.*, p. 172.) — Empoisonnement par le gaz d'éclairage, par KLOMAN. (*Ibid.*, p. 458, 26 octobre.) — Empoisonnement par la gazoline, par BILLER. (*Ibid.*, 30 novembre.) — Cas d'asphyxie dans une cuve vide, par FERRAND. (*Lyon méd.*, 15 décembre.) — Empoisonnement aigu par l'antifébrine, par MARÉCHAUX. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 845.) — De l'action toxique des sels chlorés, par LIMBECK. (*Arch. f. exper. Path.*, XXVI, 1 et 2.) — Intoxication par de la laine colorée par du chromate de plomb, par T. WEYL. (*Zeit. f. Hyg.*, VI, Hft 3.) — Sur la question de la possibilité des empoisonnements insidieux par l'acétate de plomb, par G. MASSAZZA. (*La Riforma medica*, 25 octobre.) — Intoxication arsénicale probable par l'usage de la glycérine, par J. JAROSCHY. (*Prag. med. Woch.*, n° 26.) — Relation de 14 cas d'empoisonnement par l'arsenic survenus dans la commune de Tomblaine, près Nancy, en juin 1889, par REIBEL. (*Revue méd. de l'Est*, n° 20, p. 620.) — Recherches sur les altérations du parenchyme hépatique dans les empoisonnements arsenicaux, par GIANTURCO STAMPPACCHIO. (*Gior. Assoc. dei natur.*, *Naples*, I, 1 et 2.) — Un cas d'empoisonnement par le phosphore avec terminaison fatale exceptionnellement rapide, par H. HAMMER. (*Prag. med. Woch.*, n° 8.) — Hydrargyrose aiguë mortelle, par CONCATO. (*Ann. di ostetric.*, septembre.) — Empoisonnement mortel par l'acide phénique, par RICHMAN. (*N. York med. journ.*, 30 novembre.) — Deux cas d'intoxication par l'azotate de soude, par COLLISCHONN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 844.)

Enfant. — Considérations sur l'hygiène infantile ancienne et moderne, par AUVARD et PINGAT. (*Arch. de tocol.*, décembre et in-12, *Paris.*) — Traité de pédiatrie de C. GERHARDT, tome V, 2e partie. Affections des muscles, affections de l'ouïe et des yeux chez l'enfant. (*Tubingue.*) — Caractères qui spécialisent la pathologie et la clinique infantiles, par BAUMEL. (*Montpellier méd.*, 16 décembre.) — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, par OLLIVIER. (In-8°, 432 p., *Paris.*) — Prophylaxie des maladies contagieuses de l'enfance, par SEVESTRE. (*Progrès médical*, 21 décembre.) — Nouvelle mensuration de la capacité respiratoire des nouveau-nés, par H BERNHEIM. (*Deutsche med. Woch.*, n° 43, p. 879.) — Essais d'alimentation de nourrissons malades avec du lait stérilisé (d'après la méthode de Soxhlet), par R. ATLIG. (*Jahr. für Kinderheilkunde*, XXX, 1 et 2.) — Discussion de la Société médicale de la Suisse romande sur l'alimentation des enfants en bas âge. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, 729, novembre.) — Des besoins nutifs chez les enfants âgés, par CAMERER. (*Jahr. f. Kinderh.*, XXX, 4.) — Digestion gastrique des différents aliments dans l'enfance, par EINHORN. (*N. York med. journ.*, p. 67, 20 juillet.) — Note sur l'anémie des nourrissons, par HAYEM. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 octobre.) — Prophylaxie de la

gastro-entérite du premier âge, par GUILLAUME. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 619, 15 octobre.) — Sur les circonstances dans lesquelles le temps chaud détermine la fréquence du choléra infantile, par DAWSON WILLIAMS. (*Occidental med. Times*, octobre,) — La diarrhée dite des nourrissons, par BONGERS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 30, p. 601.) — Diarrhée estivale et dysenterie chez les enfants, par GUHMAN. (*St-Louis med. journ.*, II, n° 4.) — La diarrhée d'été chez les enfants, par JEFFRIES. (*New York med. record*, p. 417, 12 octobre.) — Pathogénie des affections bactériennes de l'estomac et de l'intestin chez les nourrissons, par ESCHERICH. (*Wien. med. Presse*, n° 41, p. 1601.) — Du choléra infantile, par L. GREFFIER. (*France méd.*, 12 novembre.) — Traitement de la gastro-entérite des nourrissons et des enfants, de l'emploi du peroxyde d'hydrogène, par GREENE. (*N. York med. journ.*, 16 novembre.) — Le diagnostic et le traitement de la malaria chez les enfants. (*New York med. record.*, p. 417, 12 octobre.) Ramollissement cérébral chez l'enfant, par BOURGES. (*Bull. Soc. Anat.*, 13 décembre, p. 642.) — Microcéphalie et ossification prématurée du crâne chez un enfant nouveau-né, par GUÉNIOT. (*Bull. acad. de méd.*, 5 novembre.) Etude de lésions histologiques de la substance grise dans les encéphalites chroniques de l'enfance, par PILLIET. (*Archiv. de neurol.*, novembre.) — Enfant ayant succombé à une tumeur de la glande pinéale, avec lésions secondaires du limaçon (aplatissement de la membrane de Reissner, inflexion des piliers), par STEINBRUGGE. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1078, 9 décembre.) — Quatorze cas d'hémiplégie infantile, par WORCESTER. (*Journ. of Americ. Assoc.*, 31 août, p. 302.) — Du rétrécissement mitral chez l'enfant, par SANSOM. (*London med. Soc.*, 23 décembre.) — Recherches sur l'étiologie de la pneumonie chez l'enfant, par NEUMANN. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 3.) — *Id.*, par QUEISNER. (*Ibid.*) — Sur la tuberculose infantile, par MULLER. (*Münch. med. Woch.*, 10 décembre, p. 875.) — Cas mortel d'ictère des nouveau-nés, par HINKSON. (*N. York med. journ*, p. 211, 24 août.) — De la cirrhose hépatique dans l'enfance, par DE GIOVANNI. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Foie flottant chez un enfant, par PARKER. (*N. York med. journ.*, 15 juin.) — Un cas de dysphagie chez un enfant, sarcome de l'œsophage, enfant de 4 ans, par STEPHAN. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 3.) — Etude de la néphrite primitive chez l'enfant, par LOOS. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 4.) — De l'inflammation périombilicale dans la péritonite tuberculeuse chez l'enfant, par VACHER. (*Thèse de Lyon*, n° 489.) — Tuméfaction splénique et dilatation du cœur dans la fièvre chez les enfants, par MONEY. (*Lancet*, 7 décembre.) — Un cas de catalepsie chez une enfant chloroformée, par F. OEHLKERS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1131, 30 décembre.) — Traitement chirurgical de l'érysipèle des enfants, par SEIBERT. (*N. York med. journ.*, p. 430, 19 octobre.) — Du purpura chez l'enfant, par KOCH. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 4.) — Erythème noueux palustre, par MONCORVO. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — L'urticaire chez les enfants, par COMBY. (*Soc. méd. des hôp.*, 25 octobre.) — Emploi de l'acétanilide dans la pratique infantile, par LOVE. (*N. York med. Record.*, 6 juillet.) — Des abcès du sein chez le nouveau-né, par JOURDA. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.) — Des fractures multiples et du ramollissement des os chez les enfants, par COLCOTT FOX. (*Illust. med. News*, octobre 1888.) — Nouvelle méthode de traitement des fractures du corps du fémur chez les enfants, par LOISON. (*Thèse de Lyon*, n° 487.) — Triple amputation chez un enfant mort, par WILLIAMS. (*N. York med. Record*, 21 septembre.) — Litholapaxie chez l'enfant, par MARSHALL. (*Lancet*, 14 décembre.) — Des calculs chez les enfants, par MARSHALL. (*Nottingham med. chir. Soc.*, 18 décembre.) — La litholapaxie chez les enfants, par MORELLI. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, n° 7.) — Calcul chez un enfant de 16 mois, par TODD. (*Australasian med. Gaz.*, n° 95.)

Epilepsie. — Le crime et l'épilepsie, par Tarde. (*Rev. philos. de la France*, XIV, nos 10-11.) — Sur un cas d'épilepsie politique, par Busdraghi. (*Arch. di psichiat.*, X, 3 et 4.) — Epilepsie par irritation de la dure-mère cranienne, par E. Dupuy. (*C. R. Soc. Biologie*, 11 mai.) — Epilepsie causée par une affection intra-cranienne, par Crossfield. (*N. York med. Record.*, 6 juillet.) — Traitement de l'épilepsie et de la chorée par la correction des troubles oculaires, rapport de la commission. (*N. York neurol. Soc.*, 5 novembre.) — Six cas d'épilepsie réflexe guérie par un traitement nasal; insuccès dans un septième, par Schneider. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 934, 28 octobre.) — La castration dans l'hystéro-épilepsie, par O. Marchionneschi. (*Ann. di ost. e gin.*, août.) — La cinchonidine; contribution à la pathogénie de l'épilepsie, par Gallerani et Lussana. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Traitement de l'épilepsie traumatique jacksonnienne, par Navratil. (*Pester med. chir. Presse.*)

Epithélium. — Fibres particulières dans l'épiderme et l'épithélium des muqueuses de l'homme, par Herxheimer. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 5.)

Epithélioma. — Etude sur le soi-disant épithélioma contagieux, par Tommasoli et Török. (*Gyogyaszat.*, n° 43.) — Des épithéliomas en nappe de la face, par Rimbert. (*Thèse Montpellier*, n° 68.) — Epithélioma aigu, à marche rapide de la face, par Vidal. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 11.) — Sur la forme des noyaux des cellules épithéliales dans les épithéliomes, par Cornil. (*Bull. Soc. Anat.*, 18 octobre, p. 530.) — Epithéliome de l'ampoule de Vater, malformation du rein gauche, par Pilliet. (*Bull. Soc. Anat.*, 22 novembre, p. 589.)

Erysipèle. — Influence des modifications atmosphériques sur le développement de l'érysipèle, des inflammations pulmonaires et du catarrhe, par Linden. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 5 et 6.) — Abcès de l'iris consécutif à un érysipèle de la face, par A. Fortunati. (*La Riforma medica*, 23 octobre.) Erysipèle de la face dû à l'inoculation accidentelle du muco-pus de l'endométrite, par Dumas. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 47.) — Sur la propriété vaccinale du streptococcus de l'érysipèle, par A. de Paolis. (*La Riforma medica*, 28 août.)

Erythème. — Nodosités des jambes persistant chez une fille ayant présenté, il y a quelques mois, de l'érythème induré des jambes, par Feulard. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 11.) — Sur les bactéries de l'érythème infectieux, par Luzzatto. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Nature de l'érythème noueux, par Baumler, Curschmann, Quincke, Juergensen, Lasser, Kussmaul. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 885 et 886, 7 octobre.)

Estomac. — De la percussion de l'estomac, par Kernig. (*St-Petersb. med. Woch.*, 14 décembre.) — De l'innervation de l'estomac, par Openchowski. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, p. 717.) — Bruit rythmique de l'estomac, par Laker. (*Wien, med. Presse*, n° 43, p. 1681.) — Sur l'autodigestion de l'estomac, par Viola et Gaspardi. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — De la motilité de l'estomac, par Matoni. (2e *Cong. Soc. ital. méd. Rome*, 15 octobre.) — De la boulimie, par Hans Leo. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 581.) — Diagnostic et traitement des troubles fonctionnels de l'estomac, par Ferd. Henry. (*Buffalo med. and surg. journ.*, décembre, p. 263.) — Recherches sur le chimisme stomacal à l'état normal et à l'état pathologique, par Hayem. (*Bull. méd.*, 1er décembre.) — Action antifermentescible de l'acide chlorhydrique et du naphtol β dans les gastropathies avec absence d'acide chlorhydrique, par A. Ferrannini. (*La Riforma medica*, 24 septembre.) — Nouveau procédé pour la recherche et le dosage

de l'acide chlorhydrique dans le liquide stomacal, par Bourget. (*Arch. de méd. expér.*, n° 6, novembre.) — Recherches expérimentales et cliniques sur les modifications des diverses fonctions de l'estomac dans les gastropathies, par Ferrannini. (2e *Cong. Soc. ital. méd. Rome*, 15 octobre.) — Etudes sur les réactions employées pour établir la présence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique, par Sansoni. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 3.) — Recherches sur la résorption du sucre dans l'estomac, par M. Segall. (*Diss. Munich*, 1888.) — Sur les relations de quelques états maladifs de l'estomac avec les affections d'autres organes, par William Fenwick. (*Archiv f. pathol. Anat.*, CXVIII, Heft 1 et 2.) — De la neurasthénie gastrique et de son traitement, par Dujardin-Beaumetz. (*Bull. méd.*, 27 novembre.) — Dilatation de l'estomac dû au cancer du pancréas, par Klemperer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 36, p. 742.) — Névroses périodiques de l'estomac, par J. Boas. (*Ibid.*, n° 42, p. 864.) — De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec la syphilis et son traitement, par Jullien. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 novembre.) — Ulcère de l'estomac communiquant avec le colon, par West. (*Pathol. Soc. of London*, 19 novembre.) — Recherches sur l'ulcère simple de l'estomac, la gastromalacie et l'iléus, par Talma. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 1 et 2.) — Ulcère rond de l'estomac, compliqué de squirrhe et d'anémie pernicieuse, par Rosenheim. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1031, 25 novembre.) — Gastrite phlegmoneuse diffuse, par Smith. (*N. York med. Record.*, 12 octobre.) — Sclérose sous-muqueuse avec hypertrophie musculaire de la portion pylorique de l'estomac, par A. Pilliet. (*Bull. Soc. Anat.*, 25 octobre, p. 538.) — Note sur un cas de cancer de l'estomac, observé chez un jeune homme de 19 ans, par Debove. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 novembre.) — Carcinome latent de l'estomac et carcinose miliaire aiguë du péritoine, par Leichtenstern. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, p. 524.) — Carcinome latent de l'estomac, cancer secondaire de la colonne vertébrale. Compression aiguë de la moelle dorsale, par Leichtenstern. (*Ibid.*, n° 26, p. 522.) — Cancer du cardia chez une jeune fille de 19 ans. Vomissements incoercibles, par F. Arnaud. (*Marseille méd.*, n° 8, p. 468.) — Du cancer compliqué d'ulcère de l'estomac, par Rosenheim. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 1 et 2.) — Une énigme abdominale, un cancer latent de l'estomac, par Peter. (*Gaz. des hôp.*, 31 décembre.) — La protéolyse dans les cas d'absence d'acide chlorhydrique et contribution à la pathogénie de cette absence dans le carcinome de l'estomac, par A. Ferrannini. (*La Riforma medica*, 23 août.) — Accumulation de pigment dans la tunique musculaire des estomacs cancéreux, par Stintzing. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 905, 14 octobre.) — Cancer de l'estomac, communication de la petite courbure avec le colon transverse, par Lyon. (*Bull. Soc. Anat.*, 4 octobre, p. 508.) — Squirrhe de la petite courbure de l'estomac. Ulcérations cancéreuses par propagation disséminées au péritoine viscéral et pariétal, par Caryophillis. (*Bull. Soc. Anat.*, 4 octobre, p. 505.) — Neurasthénie et dilatation de l'estomac, traitement par l'hydrothérapie, le massage et l'électricité, par Carron de la Carrière. (*Rev. d'hyg. thérap.*, décembre.) — Le lavage de l'estomac, par Crook. (*N. York med. journ.*, p. 141, 10 août.) — De l'alimentation dans les maladies de l'estomac, par Noorden. (*Zeit f. klin. Med.*, XVII, 1 et 2.) — De la résection du pylore, par Vöhtz. (*Hosp. Tidende*, mai.) — Des résections de l'estomac et des gastro-enterostomies à la clinique de Billroth, de mars 1885 à octobre 1889, par Eiselsberg. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 4.)

Exanthème. — Exanthème produit par la rhubarbe, par Goldenberg. (*N. York med. journ.*, 14 décembre.) — Des exanthèmes, par Eichhorst. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 820.)

F

Face. — Hémiatrophie faciale progressive, par Cahen. (*Deutsch. med. Woch.*, n° 44, p. 912.)

Farcin. — Un cas de farcin chez l'homme, par A. Kerr. (*Journ. f. Amer. med. Assoc.*, 19 octobre, p. 573.)

Fèces. — Expérience démontrant la nature complexe des fèces, par L. Hermann. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 619, 15 octobre.)

Ferment. — Le ferment de la fibrine et ses relations avec l'organisme, par G. Bonne. (*Würzbourg*, 1888.) — Recherches sur les ferments digestifs, par Schipiloff. (*Arch. des sc. phys. et nat.*, XXII, n° 10.)

Fièvre. — Recherches sur la pathogénie de la fièvre, par Henrijean. (*Rev. de méd.*, n° 11.) — La pression artérielle dans la fièvre, par Reichmann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 784.) — Sur le traitement de la fièvre, par Riess, Naunyn, Quincke, Juegensen, etc. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 886, 7 octobre.)

Fièvre jaune. — Épidémie de fièvre jaune de 1887-1888 en Floride, par Maxwell. (*Virginia med. Mont.*, n° 16.) — Recherches bactériologiques sur un cas de fièvre jaune traité à Saint-John hôpital, remarques sur la fièvre jaune à Key-West, par Stub. (*N. York med. journ.*, 28 décembre.)

Fistule. — Fistules urogénitales opérées (33) de 1886 à 1889 à la clinique de Breslau, par Besdziek. (*Inaug. Diss. Breslau.*) — Soixante cas de fistules vésico et recto-vaginales, par Milton. (*St-Thomas's Hosp. Reports*, p. 19.)

Foie. — Contribution à l'histologie du foie, par Gianturco. (*Giorn. Assoc. dei natur. Naples*, I, 1 et 2.) — Recherches sur la nutrition intime du foie, par Arthaud et Butte. (*C. R. soc. Biologie*, 5 octobre.) — Contribution à l'étude du ferment glycosique du foie, par Kaufmann. (*Ibid.*, 26 octobre.) — Action des cellules hépatiques sur l'hémoglobine, par E. Anthen. (*Diss. Dorpat.*) — Ictère hémaphéique foncé, développé au cours d'une dysenterie; ictère chronique, par Hanot. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Sur un cas de cirrhose veineuse atrophique, par Jaccoud. (*France méd.*, 21 décembre.) — Un cas de maladie de Weil, par Young. (*Lancet*, 30 novembre.) — Maladie de Weil, par Werther. (*Deut. med. Woch.*, n° 52.) — Gastro-entérite fébrile, infectieuse, avec ictère (maladie de Weil), par Stirl. (*Deutsche med. Woch.* n° 39, p. 798.) — De la soi-disant maladie de Weil, par Weiss. (*Wiener med. Presse*, n° 46.) — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'atrophie jaune aiguë du foie, par Doerfler. (*Münch. med. Woch.*, 10 décembre, p. 878.) — Quelques considérations sur deux cas d'hépatite aiguë suppurée, par F. Dufour. (*Marseille. méd.*, n° 8, p. 449.) — Contribution à l'étude des abcès du foie, par Th. Altschul. (*Prag. med. Woch.*, n° 2.) — Observation d'abcès tropicaux du foie, par Stevenson. (*Lancet*, 7 décembre.) — Sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement des abcès du foie, par Gremillon. (*Thèse de Paris*, 27 novembre.) — Abcès du foie, traitement par Harley. (*Brit. med. journ.*, 23 novembre.) — De la migration des abcès du foie dans la forme chronique de l'hépatite suppurée des pays chauds, par Debergue. (*Thèse de Montpellier.*) — Hepatite suppurée multiple, évacuation du pus par l'intestin et les bronches,

ouverture directe au bistouri d'un abcès ponctionné deux fois, syphilis, guérison, par GIRARD. (*Arch. de méd. navale,* décembre.) — Cancer primitif du foie resté latent jusqu'à la mort, par RHEINER. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 novembre.) — Cancer du foie et tuberculose, par E. MAURIN. (*Bull. Soc. Anat.*, 25 octobre, p. 554.) — Cancer massif primitif et latent du lobe droit du foie, par BROUSSE et RAUGIER. (*Gaz hebd Montpellier*, n° 49.) — Adénome et cancer du foie, par RODAIS. (*Union médicale,* 16 janvier.) — Traitement général des maladies du foie, par CHÉRON. (*Union médicale*, 12 novembre.) — Expériences sur l'hémostase et la résection du foie, par BONANNO. (*La Riforma medica*, 14 août.)

Fracture. — Sur les fractures intra-utérines de la tête fœtale, par GUZZONI, DEGLI ANCARANI. (*Il Morgagni*, novembre et décembre.) — Fracture communitive de l'humérus par coup de feu, extraction de dix centimètres du corps de l'os, guérison, par FAVIER. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Sur deux cas de fracture condylienne du coude suivie de consolidation vicieuse, ostéotomie, par PIÉCHAUD. (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux,* 24 novembre.) — Fracture compliquée de l'avant bras traitée par le procédé de la croûte sanguine, par LAUENSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 568.) — Fracture de l extrémité inférieure du radius et du cubitus, par MORTON. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 novembre.) — Traitement de la fracture du radius par l'extension au moyen d'un ressort, par BARDENHEUER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 494.) — Nouvelle attelle pour le traitement des fractures de cuisse sans séjour au lit, par HARBORDT. (*Ibid.*, n° 37, p. 764.) — Ostéotomie pour cal vicieux, fracture du fémur, par LAPLACE. (*Med. News*, 2 novembre.) — Fracture compliquée de la rotule traitée, par la suture, par ARMSTRONG. (*N. York med. journ.*, p. 174, 17 août.) — Union osseuse de la fracture de la rotule après suture, par BARTON. (*Philad. Acad. of surg.* 7 octobre.) — Fracture de Pott avec facture et luxation de l'astragale, tétanos, disparition du tétanos après l'ablation du fragment déplacé, par RIVINGTON. (*Clin. Soc. of London*, 8 novembre.) — Traitement des fractures obliques de la jambe par la méthode d'extension modifiée, par BITTER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 33, p. 669.) — Traitement des fractures malléolaires vicieusement consolidées et des pieds plats, par TRENDELENBURG. (*Cent. f. Chir.*, n° 29.) — De la fracture de Colles et de son traitement, par WYETH. (*Inter. journ. of surgery*, p. 281.) — Le massage et la mobilisation dans le traitement des fractures, théorie et pratique, indications, applications à la plupart des fractures, par LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, décembre et *broch. Paris.*)

G

Gangrène. — Cas de gangrène symétrique, mort, par WARFVINGE (*Hygiea,* juillet.) — Gangrène intestinale et volvulus, par WEILL. (*Lyon méd.* 1er décembre.) — Endartérite et gangrène symétrique des extrémités, par BARABAN et ETIENNE. (*Revue méd. de l'Est*, n° 17, p. 513 et n° 18, p. 559.) — Gangrène sénile, compliquée de diabète; amputation de cuisse; mort dans le coma, par DUMONT. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte,* n° 19, p. 599, 1er octobre.) — Gangrène symétrique des orteils occasionnée par des gommes comprimant l'artère tibiale postérieure, par SCHUSTER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 40, p. 885, 7 octobre.)

Génitaux (Org.). — L'impuissance sexuelle chez l'homme et la femme, par WILLIAM A. HAMMOND, trad. allemande, par LEO SALINGER. (*Berlin.*) — De l'hypertrophie compensatrice des glandes sexuelles, par RIBBERT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 943, 28 octobre.) — Précocité sexuelle, par R. DOUGLAS.

(*N.-York. med. Journ.*, p. 432, 19 octobre.) — Du paraphimosis et de son traitement, par Ehrmann. (*Intern. klin. Rundschau*, 23 juin.) — Cas rare de rupture du prépuce pendant le coït, par Thomalla. (*Cent. f. Chir.*, n° 45, 1888.) — Sarcome primitif du pénis, par Fenwick. (*Pathol. Soc. of London*, 19 novembre.) — Deux cas d'épithélioma du pénis, considérations sur le pronostic et le traitement, modifications du procédé de Demarquay, par Lancial. (*Journ. sc. méd., Lille*, 27 décembre.) — Un cas d'arrêt de développement des organes génitaux, femme, par Warnek. (*Zeit. f. Geburts.*, XVII, 2.) — Anomalies des organes génitaux de la femme, par Frommel. (*Münch. med. Woch.*, 31 septembre, p. 932.) — Anomalies de développement des organes génitaux de la femme, par Schæffer. (*Ibid.*, 3 décembre, p. 869.) — Accidents consécutifs à l'imperforation congénitale de l'hymen, par Pétroff. (*Thèse Montpellier*, n° 53.) — Mélano-sarcome primitif de la vulve, par R. W. Taylor. (*N.-York med. Journ.*, p. 1, 6 juillet.)

Glaucome. — Du glaucome, d'après une statistique de 1,430 cas, par Krukow. (*Westnik ophtalm.*, juillet-octobre.) — Un cas de glaucome foudroyant suivi de destruction de l'œil droit dans l'espace de quatre ans, avec perte du gauche, par Campbell. (*Journ. of opht. otol. and laryng.*, avril.)

Goût. — Le goût chez les criminels dans ses rapports avec les goûts normaux, par Ottolenghi. (*Arch. di psichiat.*, X, 3 et 4.)

Goutte. — De la goutte, par L. Greffier. (*France méd.*, 7 novembre.)

Greffe. — Greffe de conjonctive de lapin sur l'œil humain, par Wolfe. (*Lancet*, 14 décembre.) — Ulcère de la cuisse traité par les greffes de Thiersch, par Borsuk. (*Gazeta lekarska*, n° 14.)

Grippe. — Les épidémies de grippe, par Héricourt. (*Rev. scientif.*, 11 janvier 1890) — La grippe devant la Société de médecine de Paris, en l'an XI de la République, par Rougon. (*Union médicale*, 11 janvier 1890.) — De la grippe, étude des epidémies anciennes, de la pneumonie grippale, par Jaccoud. (*Gaz. des hôp* , 4 février 1890.) — L'influenza à Vienne en 1837, par Feuchtersleben. (*Wien. med. Blætter*, n° 50.) — La grippe en face de l'histoire, par Valle. (*Riv. ital. di terap.*, janv. 1890, n° 1.) — L'épidémie actuelle d'influenza, par Da Costa. (*Med. News.*, 18 janvier 1890.) — L'épidémie de grippe, par Lannois. (*Lyon méd.*, 2 février 1890.) — De l'épidémie actuelle de grippe, par Jaccoud. (*France méd.*, 28 décembre.) — Sur l'épidémie de grippe actuelle, par Rendu. (*Journ. de méd. et chir. prat.*, janvier.) — L'épidémie actuelle de grippe, par L. Fiske Bryson. (*N. York, med. Journ.*, 1er février 1890.) — Quelques réflexions à propos de l'épidémie actuelle de grippe, par Burlureaux. (*Gaz. hebd. de méd.*, 25 janvier 1890) — L'épidémie actuelle d'influenza, par Da Costa. (*Med. News*, 18 janvier 1890.). — De l'épidémie actuelle de grippe, par Golgi. (*Soc. med. chir. di Pavia*, 18 janvier 1890.) — Sur une épidémie de grippe, à l'école de filles King-Edward, par Bristowe. (*Brit. med. Journ.*, 22 février 1890.) — Epidémie de grippe dans une prison, par Quinton. (*Brit. med. journ.*, 22 février 1890.) — La grippe en Perse, par Basil. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890, p. 373.) — La grippe à l'asile des aliénés de Bordeaux, par Pons. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 23 février 1890.) — Note sur l'épidémie actuelle de fièvre grippale, survenue à Baccarat et dans les environ, par Alison. (*Gaz. hebd. de méd.*, 22 février 1890.) — L'épidémie de grippe à Spandau, par Dyrenfurth. (*Zeitsch. f. Medicinalbeamte*, n° 1, 1890.) — La grippe à Varsovie, par Szyszllo. (*Medycyna*, n° 1, 1890.) — De l'épidémie d'influenza à Reims, mortalité des mois de décembre 1889 et janvier 1890, par Noel. (*Union méd. Nord-Est*, février 1890.) — L'influenza dans l'East anglia, par Peter Eade. (*Lancet*, 1er février 1890.) —

L'influenza à Rouen dans la classe pauvre, par BATAILLE. (*Normandie méd.*, 1er février 1890.) — De l'influenza et des caractères revêtus à Vence (Alpes-Maritimes), par BINET. (*Bull. gén. de thér.*, 30 janvier 1890.) — L'épidémie d'influenza à Pétersbourg, par HEYFELDER. (*Wiener klin. Woch.*, n° 51.) — Epidémie d'influenza, 140 cas, à l'asile royal d'Edimbourg, par ROBERTSON et ELKINS. (*Brit. med. journ.*, 1er février 1890.) — La grippe à Barcelone, par BALAGUER. (*Gaceta sanit. de Barcelona*, janvier 1890.) — La dengue et l'influenza, par GUYENOT. (*Journ. de méd. Paris*, 12 janvier 1890.) — La grippe et la dengue, par TEISSIER. (*Bull. méd.*, 14 janvier.) — De la fièvre dengue en 1889 et de l'épidémie actuelle de grippe en Europe, par DE BRUN. (*Bull. Acad. de méd.*, 17 décembre.). — Grippe ou dengue, par J. S. ELY. (*N. York med. Journ.*, 1er février 1890.) — Analogie de la grippe et de la dengue, par ERSKINE RISK. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890.) — De la non identité de la grippe et de la dengue, par FRAENTZEL. (*Soc. de méd. int. de Berlin.*, 10 février 1890.) — Grippe épidémique ou fièvre catarrhale, par TYSON. (*Med. News*, 8 février 1890.) — Ce que l'épidémie de grippe a ajouté à nos connaissances scientifiques, par LANGER. (*Wiener med. Blätter*, n° 5, 1890.) — Analogie de la symptomatologie de la grippe actuelle et de la diathèse typhoïdique des animaux, par LEBLANC. (*Soc. de méd. prat.*, 10 janvier.) — La grippe et la fièvre malarique larvée, par RUANET. (*Concours méd.*, 25 janvier 1890.) — La grippe et les maladies infectieuses, par JASIEWICZ. (*Journ. de méd., Paris*, 26 janvier 1890.) — De l'influenza, sa nature, son traitement, par DANZ. (In-8°, *Berlin.*) — La grippe, par POTAIN. (*Union médicale*, 21 décembre.) — L'influenza, par REUSS. (*Ann. d'hyg. publ.*, février 1890.) — Grippe, par DRASCHE. (*Wien. med. Woch.*, n° 6, 1890.) — Etudes sur la grippe, par KREHL. (*Deut. med. Woch.*, n° 6, 1890.) — Influenza épidémique, par W. PORTER. (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 25 janvier 1890.) — De la grippe, par BOZZOLO. (*La Riforma med.*, 28 janvier 1890.) — Sur la grippe, étude de 42 cas, par JACCOUD. (*Acad. de méd.*, 11 février 1890.) — De la grippe, par GILBART SMITH. (*London med. Soc.*, 17 février 1890.) — Notes sur l'influenza, par SIMPSON. (*Med. News*, 18 janvier 1890.) — Notes sur l'influenza, par ANTON. (*München. med. Woch.*, 21 janvier 1890.) — De l'influenza, par BÆUMLER. (*Ibid.*, 14 janvier 1890.) — Notes sur la grippe épidémique, par SEYMOUR TAYLOR. (*Lancet*, 25 janvier.) — De la grippe, par LEYDEN. (*Wiener med. Blätter.*, 16 janvier.) — De l'épidémie d'influenza, par ROBERTS. (*Sheffield med. chir. Soc.*, 10 janvier 1890.) — De la grippe, par DE RENZI. (*Riv. clin. e terap.*, février 1890.) — De la grippe, par UMPFENBACH. (*Wiener med. Presse*, n° 7, 1890.) — De l'influenza, par LEYDEN, FÜRBRINGER, (*Soc. de méd. int. Berlin*, 6 janvier.) — L'épidémie d'influenza, par G. MACKENZIE. (*Lancet*, 11 janvier.) — De la grippe et de l'épidémie actuelle, par WILLIAM SQUIRE. (*Lancet*, 11 janvier.) — De l'influenza, par MOREAU. (*Soc. de méd. et chir. de Bordeaux*, 20 décembre.) — La grippe, par MOLEN. (*Nederl. tijdschr. v. geneesk.*, II, n° 25.) — De la grippe, par MUNDY. (In-8°, 16 p., *Vienne*, 1890.) — L'épidémie d'influenza, par MÜLLER. (*Gaz. méd. Strasbourg*, n° 1, 1890.) — De la grippe, par STRUEMPELL. (*Münch. med. Woch.*, n° 6, 1890.) — Etude clinique sur l'épidémie de grippe, par STINTZING et WEITEMEYER. (*Münch. med. Woch.*, n° 6, 1890.) — *Idem*, par DÜCK. (*Ibid.*) — La grippe, par MAGLIERI. (*Progresso med.*, 20 janvier 1890.) — Un mot sur l'influenza, par BENI BARDE. (*Union méd.*, n° 5, 1890.) — Les rapports étiologiques de la grippe, par SQUIRE. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890.) — De l'etiologie de l'influenza, par JOLLES. (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 28 janvier 1890.) — La contagion de l'influenza, par BRUTÉ. (*Rev. gén. de clin.*, 19 février 1890.) — La contagiosité de la grippe, par VALIN. (*Normandie méd.*, 15 février 1890.) — Contagiosité de la grippe, par ANTONY. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 février 1890.)

— Sur la transmissibilité de la grippe, par PROUST. (*Acad. de méd.*, 4 février 1890.) — La cause des pandémies, celle de l'épidémie d'influenza, peut-elle être due à des influences extra-telluriques, par CLEMENS. (*Allg. med. cent. Zeit.*, 11 janvier 1890.) — Recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques sur la grippe et ses complications, par WEICHSELBAUM. (*Wiener med. Blätt.*, n° 6, 1890.) — Recherches sur les bactéries trouvées dans la grippe, par BABÈS. (*Cent. f. Bakteriol.*, VII, n° 8.) — Le streptocoque et la grippe, par VAILLARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 février 1890.) — Etudes bactériologiques sur la grippe et la pneumonie qui en dépend, par MITCHELL PRUDDEN. (*N. York med. Record*, 15 fevrier 1890.) — Constatations bactériologiques dans des cas de grippe, par LEVY. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 7, 1890.) — Recherches bactériologiques et anatomo-pathologiques sur la grippe, par GRUBER. (*Soc. des méd. de Vienne*, 14 février 1890.) — La grippe et les microbes, par TALAMON. (*Médecine mod.*, 6 février 1890.) — Recherches bactériologiques sur la grippe et ses complications, par BOUCHARD. (*Semaine méd.*, 29 janvier 1890.) — Observations anatomiques et microbiologiques sur l'influenza, par RIBBERT. (*Deut. med. Woch.*, n° 4, 1890.) — Recherches bactériologiques sur la grippe et ses complications; pneumocoque dans la grippe, par WEICHSELBAUM. (*Soc. imp. roy. des méd. de Vienne*, 31 janvier 1890.) — Les hématozoaires de l'influenza, par KLEBS. (*Cent. f. Bakter.*, n° 5, 1890.) — Résultats de l'examen microscopique du sang provenant de malades atteints de grippe, par KOLLMANN. (*Berl. klin. Woch.*, n° 7, 1890.) — De l'état du sang dans l'influenza, par KLEBS. (*Cent. f. Bakter.*, VII, n° 5.) — Contribution à l'étude clinique de la grippe, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôp.*, 21 février 1890.) — De la forme de grippe qui règne actuellement à Paris, par GAUDICHIER. (*Soc. de méd. prat.*, 5 décembre.) — Des variétés cliniques de la grippe à Paris, par DUFLOCQ. (*Rev. de méd.*, février 1890.) — Statistique des malades atteints de grippe et traités dans le service de M. Lépine, pas MOUISSET. (*Lyon méd.*, 16 février 1890.) — Etude clinique et pathogénique de l'épidémie actuelle de grippe, par PETER. (*Bull. méd.*, 19 janvier.) — La grippe chez les enfants, par COMBY. (*Soc. méd. des hôp.*, 7 février 1890.) — L'influenza chez les enfants, par KORMANN. (*Wiener med. Blätt.*, n° 51.) — De la grippe chez les animaux domestiques, par SCHNEIDEMÜHL. (*Deut. med. Woch.*, n° 8, 1890.) — De l'influenza chez les animaux domestiques, par BOLLINGER. (*Münch. med. Woch.*, 7 janvier 1890.) — La grippe, prophylaxie, symptômes, traitement, par VINEY. (In-8°, *Londres*, 1890.) — La grippe, histoire, symptômes, traitement, par SCRUTATOR. (In-8°, *Londres*, 1890.) — Quelques particularités de l'épidémie d'influenza, par RAMON GUITERAS (*N. York med. Record*, 25 janvier 1890.) — Caractères communs et particuliers de 450 cas de grippe épidémique, par BLOCH. (*Rev. gén. de clin.*, 30 janvier 1890.) — Sur quelques formes cliniques de la grippe infectieuse, par HUCHARD. (*Gaz. des hôp.*, 11 février 1890.) — La marche de la température dans la grippe, par WILKIN. (*Lancet*, 15 février 1890.) — La marche de la fièvre dans l'influenza, par FRAENTZEL. (*Cent. Bl. f. klin. Med.*, 11 janvier 1890.) — De la fièvre dans la grippe, par LAVERAN. (*Méd. moderne*, 13 février 1890.) — De quelques-uns des symptômes les plus marqués dans l'épidémie actuelle de grippe, par WHIPHAM. (*Lancet*, 22 février 1890.) — L'épidémie régnante, discussion : la mortalité, par BERTILLON; dengue et influenza, par TREILLE; les affections de la gorge dans la grippe, par CARTAZ. (*Soc. de méd. publ.*, 22 janv. 1890.) — Grippe, deux attaques, par MAUDE. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890.) — La grippe et ses complications, par TUEFFERT. (*Gaz. des hôp.*, 30 janvier 1890.). — *Idem*, par BOUCHARD. (*Acad. de méd.*, 28 janvier 1890.) — Des complications de la grippe, par BARTH. (*Union méd.*, 30 janvier 1890.) — Les complications et séquelles de la grippe, leur traitement, par LE GENDRE. (*Le concours méd.*, 11 janvier 1890.) —

Particularités de la symptomatologie et des suites de la grippe, par Dück. (*Münch. med. Woch.*, n° 4, 1890.) — Complications graves de l'influenza, par Holz. (*Soc. de méd. de Berlin*, 8 janvier.) — Quelques déterminations spéciales de l'influenza. (*Mercredi méd.*, 29 janvier 1890.) — Le substratum nerveux de l'influenza, par Springthorpe. (*Melbourne.*) — Sur les troubles psychiques consécutifs à la grippe, par Pick. (*Neurol. Centralb.*, n° 4, 1890.) — L'influenza simulant une attaque d'hémiplégie, par Cazenave de la Roche. (*Tribune méd.*, 27 février 1890.) — Complications cérébro spinales de la grippe, par Bilhaut. (*Soc. de thérap.*, 12 février 1890.) — Accidents graves, paralysie des quatre membres, suite d'influenza, par Remak et Holz. (*Soc. de méd. de Berlin*, 29 janvier 1890.) Encore la grippe, syncope, angine de poitrine et adynamie grippales, convalescence traînante; la grippe et la statistique, par Peter. (*Bull. méd.*, 2 février 1890.) — De l'influence de l'épidémie régnante sur le développement de la tuberculose, par Dujardin-Beaumetz. (*Journ. de méd. Paris*, 26 janvier 1890.) — Grippe et pneumonie, par Haddon. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890.) — Grippe et pneumonies, par Talamon. (*Méd. moderne.*, 13 février 1890.) — De la congestion pulmonaire chronique consécutive à la grippe, par Fiessinger. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 décembre.) — Pneumonie grippale, par Finkler. (*Deut. med. Woch.*, n° 5, 1890.) — Pneumonie grippale, par Duponchel, Laveran. (*Soc. méd. des hôp.*, 23 janvier 1890.) — Pneumonie grippale, par Duponchel. (*Soc. méd. des hôp.*, 24 janvier 1890.) — Note sur un état particulier des poumons qui précède les complications pulmonaires de la grippe, par Ferrand. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 janvier 1890.) — De la pleurésie grippale, par Brocard. (*Thèse de Paris*, 6 février 1890.) — Influence de la grippe sur l'état de grossesse et la menstruation, par Barnes. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890.) — De l'influenza chez la femme, forme utérine de cette maladie, par de Backer. (*Rev. gén. de l'antisepsie*, 25 janvier 1890.) — Influence de la grippe sur les affections génitales de la femme, par Gottschalk. (*Cent. f. Gynäk.*, 18 janvier 1890.) Apparition de rash dans la grippe, par Hawkins. (*Lancet*, 25 janvier.) — Le rash de la grippe, par Davies. (*Brit. med. Journ.*, 15 février 1890.) — Des urines dans la grippe, par Gautrelet. (*Médecine moderne*, 20 février 1890.) — Des accidents oculaires qui accompagnent ou qui suivent la grippe-influenza, par Gillet de Grandmont. (*Soc. de méd. prat.*, 16 janvier.) — Sur les affections de la cornée dans l'influenza, par Hirschberger. (*Münch. med. Woch.*, 28 janvier 1890.) — Les complications oculaires de l'influenza, trois observations de paralysie incomplète des muscles externes de l'œil, par Van den Bergh. (*Clin. des hôp. de Bruxelles*, 30 janvier 1890.) — Complications oculaires de l'influenza, par Delacroix. (*Union méd. Nord-Est*, février 1890.) — Manifestations oculaires dans le cours de l'épidémie actuelle, par Landolt. (*Semaine méd.*, 14 janvier.) — Des affections oculaires produites par la grippe, par Eversbusch. (*Münch. med. Woch.*, n° 6, 1890.) — Des signes de la grippe et de ses manifestations du côté de l'oreille, par Michael. (*Deut. med. Woch.*, n° 6, 1890.) — Note sur les maladies de l'oreille dans l'influenza, par Dreyfuss. (*Berl. klin. Woch.*, n° 3, 1890.) — De l'otite moyenne aiguë dans l'influenza, par Schwabach. (*Ibid.*, n° 3). — Des rapports de l'influenza avec les affections catarrhales de la trompe d'Eustache et de la caisse du tympan, par Lacoarret. (*Journ. de méd.*, *Bordeaux*, 2 février 1890.) — Des caractères particuliers présentés par les maladies inflammatoires de l'oreille pendant l'épidémie d'influenza, par Hennebert. (*La Clinique*, 23 janvier 1890.) — Les manifestations de l'épidémie du côté de l'oreille, par Spear. (*Boston med. Journ.*, 16 janvier.) — De l'otite moyenne aiguë dans l'influenza, par Schwabach. (*Bul. klin. Woch.*, n° 3, 1890.) — L'oreille et l'épidémie de grippe actuelle, par Gellé. (*La Médecine moderne*, 16 janvier 1890.) — Des

troubles et des lésions de l'oreille dans l'épidémie de grippe, par GLOVER. (*Ann. mal. de l'or.*, février 1890.) — Des otites grippales dans le cours de l'épidémie actuelle, par BRAINE. (*Union méd. Nord-Est*, février 1890.) — Du trépied adénoïde et de ses lésions dans l'influenza, par GOUREAU. (*L'actualité méd.*, 15 février 1890.) — Lésions suppuratives de la peau à la suite de l'influenza, par LELOIR. (*Bull. méd.*, 5 février 1890.) — Des inflammations aiguës hémorragiques du tympan comme complication de l'influenza, par HAUG. (*Münch. med. Woch.*, 21 janvier 1890.) — Sur quelques cas de pyohémie et de suppuration dues à l'épidémie de grippe, par BENNETT. (*Lancet*, 8 février 1890.) — Traitement de l'influenza, par NEAFIE. (*Med. News*, 4 janvier 1890.) — Grippe infectieuse maligne, son traitement, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clin.*, 16 janvier 1890.) — Traitement de la grippe, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. gén. de thér.*, 15 janvier 1890.) — Traitement de l'influenza, par ILLINGWORTH. (*Brit. med. Journ.*, 18 janvier 1890.) — Prophylaxie de la grippe basée sur la théorie microbienne, notes sur l'épidémie actuelle, par STEPHENSON RICHMOND. (*Lancet*, 18 janvier.) — La quinine comme prophylactique de la grippe, par C. GRÆSER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1109, 23 décembre.) — Les causes et le traitement de la grippe, par BARTHOLOW. (*Med. News*, 28 décembre.) — Sur le traitement de l'épidémie actuelle, par DUJARDIN-BEAUMETZ. (*Bull. gén. de thér.*, 15 janvier.) — Cas d'influenza épidémique, traitement par la salicyne, par MACLAGAN. (*Lancet*, 11 janvier.) — De l'ancardie occidentale (noix d'acajou) dans l'influenza, par CAZENAVE DE LA ROCHE. (*Soc. de méd. prat.*, 30 janvier 1890.) — Le sulfate de quinine comme agent prophylactique dans la grippe, par TRANJEN. (*Berl. klin. Woch.*, n° 7, 1890.) — Traitement prophylactique de la grippe, par SPILLMANN. (*Gaz. hebd. de méd.*, n° 2, 1890)

L'épidémie de grippe au Cap, par SCHOLTZ. (*Brit. med. journ.*, 15 mars 1890.) — De la grippe à l'asile d'aliénés de Leopoldifelde, par IPPEN. (*Gyogyaszat*, n° 5, 1890.) — Documents sur la physionomie de la grippe ; bibliographie de cette maladie, par KRATZ. (In-8°. *Leipzig*, 1890.) — L'épidémie de grippe à Varsovie, par MALINOWSKI. (*Zdrowie*, n° 52, 1889-1890.) Quelques points relatifs à l'épidémie de 1889-1890, par COTTING. (*Boston med. and surg. journ.*, 27 février 1890.) — Notes sur l'épidémie de grippe à Cologne et à Hambourg, (*Deut. med. Woch.*, n° 11, 1890.) — L'épidémie de grippe, par RICHARDSON. (*Asclepiad*, VII, n° 25.) — Etude sur l'épidémie de grippe, par PENROSE. (*N. York. med. journ.*, 1er mars 1890.) — De la grippe, discussion à la Soc. de méd. de Bordeaux. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 9 mars 1890.) — Contribution à l'étude de l'épidémie de grippe, par GAUCHER. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 mars.) — Epidemie de grippe à bord du bateau *Mount-Edgecumbe*, par PRESTON. (*Brit. med. journ.*, 1er mars 1890.) — De la grippe à Saint-Pétersbourg, par HERMANN. (*St. Petersb. med. Woch.*, n° 50.) — La grippe à Boston en 1889-1890, en particulier des cas de City hospital, par MASON. (*Boston med. journ.*, 13 février 1890.) — De la grippe à Buda-Pesth, par CZEKUS. (*Kozegesz es torvenys Orvostan*, n° 1, 1890.) — Quelques remarques sur la grippe, par SHATTUCK. (*Boston med. journ.*, 13 février 1890.) — Note sur 314 cas de grippe, par HALLER. (*Ibid.*) — La grippe dans les écoles communales de Bordeaux, par LAYET. (*Médecine mod.*, 27 février 1890.) — Histoire générale de l'épidémie de grippe, par JACOBI. (*N. York med. record*, 22 février 1890.) — Etudes climatologiques sur l'epidémie de grippe, par ASSMANN. (*Das Wetter.*, n° 1, 1890.) — Sur l'epidémie de grippe, par LOTZ. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 2, p. 53, 15 janvier 1890.) — L'influenza à Constantinople, par LEBOWICTZ. (*Rev. gén. de clin.*, 5 mars 1890.) — Notes sur la grippe, par GAL. (*Intern. klin. Rundschau*, n° 3, 1890.) — Quelques recherches sur la grippe, par ROSENBACH. (*Berl. klin. Woch.*, n° 5, 1890.) — Etude clinique de la grippe, par FÉRÉOL.

(*Soc. méd. des hôp.*, 21 février 1890.) — Contribution à l'étude de la grippe, par CEZILLY. (*Thèse de Paris*, 12 mars 1890.) — De la grippe, par FABRE, leçons recueillies en 1883 par AUDIBERT. (In-8°, p. 85, *Marseille*, 1890.) — Sur la grippe, par JACCOUD. (*Bull. acad. de méd.*, 11 février.) — De la grippe, par EICHHORST. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, n° 5, 1er mars 1890.) — La grippe, par GAIRDNER. (*Glasgow med. journ.*, mars 1890.) — Qu'est-ce que la grippe? note sur 20 cas suspects, par STEVENSON THOMPSON. (*Ibid.*) — Notes sur la grippe, par MACPHAIL. (*Ibid.*) — De la grippe, par CANTANI. (*Giorn. intern. d. sc. med.*, n° 1, 1890.) — L'influenza, par VALLIN. (*Rev. d'hyg.*, n° 1, 1890.) — De la grippe, par DEMUTH. (*Vereinssblat d. pfälz Aerzte*, janvier 1890.) — L'influenza, par COLOMBO. (In-16, *Milan.*) — De l'influenza, par DESPLATS. (*Journ. sc. méd. Lille*, 24 janvier 1890.) — De l'influenza, par TORDEUS. (*La Clinique*, 20 février 1890.) — Discussion sur la grippe. (*Sunderland and north Durham med. Soc.*, 27 février 1890.) — L'épidémie de grippe, discussion. (*N. York Acad. of med.*, 6 février 1890.) — De la grippe, par ANGYAN. (*Orvosi Hetilap*, n° 5, 1890.) — La fièvre dengue à Constantinople, par MALÉAS. (*Wiener med. Wochenschrift*, n° 52, 1889.) — Etude de la fièvre dengue et de l'épidémie de Constantinople, par APERY. (*Therap. Monats.*, n° 2, 1890.) — Contribution à l'étude de la fièvre dengue, par MAYER. (*Bull. Soc. de méd. Anvers*, novembre 1889.) — Dengue et grippe, lettre du Dr DE BRUN. (*Union méd. Nord-Est*, mars 1890.) — De la grippe, par FLEISCHER (*Münch. med. Woch.*, n° 9, 1890.) — Une particularité intéressante de la grippe, par HEISSLER. (*Ibid.*) — La grippe du cheval, qu'est-ce que c'est? par M'FADYCAN. (*Journ. of compar. path. and therap.*, n° 2.) — Sur la nature et la marche de l'épidémie actuelle. (*Semaine méd.*, 5 mars 1890.) — Sur la contagion de la grippe, par BOUCHARD. (*Bull acad. de méd.*, 28 janvier.) — Le microbe de la grippe, par PASSERINI. (*Gaz. d. Ospit.*, n° 9, 1890.) — La grippe et les maladies infectieuses, par JASIEWICZ. (*Soc. de méd. prat.*, 9 janvier 1890.) — Notes sur 250 cas de grippe, par BARNES. (*Brit. med. journ.*, 15 mars 1890.) — Les complications et les suites de la grippe, par DRAPER. (*N. York med. record.*, 1er mars 1890.) — La grippe; ses formes cliniques et ses rapports avec d'autres maladies, par HUCHARD. (*Rev. gén. de clinique*, n° 52, 1889, et n° 1, 1890.) — De la grippe chez les enfants du premier âge, par SÉJOURNET. (*Union méd. Nord-Est*, mars 1890.) — Grippe chez un nouveau-né, par BARTON. (*Brit. med. journ.*, 1er mars 1890.) — L'influenza devant l'Académie de médecine de New-York chez les enfants en particulier. (*Mercredi méd.*, 12 mars 1890.) — L'influenza et l'accroissement normal du poids des enfants, par MALLING HANSEN. (*National Tidende*, 4 janvier 1890, et *La Nature*, 27 février 1890.) — Influence de la grippe sur la menstruation, par EVERSHED. (*Brit. med. journ.*, 1er mars 1890.) — Etude de la grippe dans la grossesse et les suites de couches, par AMANN. (*Münch. med. Woch.*, n° 9, 1890.) — Pathologie de la grippe, néphrite, pneumonie, bactériologie, par LEYDEN. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 10, 1890.) — Abcès cérébral, suite de grippe, par ACZEL. (*Soc. des méd. de Buda-Pesth*, février 1890.) — Des psychoses dans la grippe, par KRAEPELIN. (*Deut. med. Woch.*, n° 11, 1890.) — Fièvre intermittente, suite de grippe, traitée par la belladone, par BERDOC. (*Brit. med. journ.*, 15 mars 1890.) — Du pseudo-rhumatisme de la grippe, par OLIVIER. (*Normandie méd.*, 1er mars 1890.) — Notes sur les complications et les suites de la grippe, par KINNICUTT. (*N. York med. record.*, 22 février 1890.) — Les dermatoses de la grippe, par RAMON GUITERAS. (*N. York med. record.*, 22 février 1890.) — De l'influence de la grippe sur la marche de la phtisie, par WILTSCHUR. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 5, 1890, et *Wratch* n° 2, 1890.) — Sur la tension artérielle dans la grippe, par HUCHARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 14 mars.) —

Grippe, gangrène spontanée, par SYDENHAM. (*Brit. med. journ.*, 1er mars 1890.) — Grippe et gangrène du membre inférieur, par LOYSON. (*Lyon méd.*, p. 385, 16 mars 1890.) — Maladie de Bright, par LEYDEN. (*Soc. de méd. de Berlin*, 12 février 1890.) — De quelques complications suppuratives de la grippe, par JARRE. (*Thèse de Paris*, 19 mars 1890.) — Contribution à l'étude de l'influenza, manifestations ophtalmiques, culture d'un bacille de l'influenza, par WIEGER. (*Gaz. méd. de Strasbourg*, nº 3, 1890.) — De quelques cas de paralysie double de l'accommodation à la suite de la grippe, un de ces cas compliqué d'ophtalmoplégie externe, par UHTHOFF. (*Deut. med. Woch.*, nº 10, 1890.) — Sur les maladies des yeux dans l'influenza, par ADLER. (*Wiener med. Woch.*, nº 4, 1890.) — Conjonctivites grippales, par GRANDCLÉMENT. (*Lyon méd.*, p. 276, 23 février 1890.) — Laryngite avec abcès, suite de grippe, par SCHAEFFER. (*Deut. med. Woch.*, nº 10, 1890.) — Œdème du larynx, suite de grippe, par WOLFENDEN. (*Brit. med. journ.*, 8 mars 1890.) — Trachéotomie dans la grippe, par DE LOSTALOT. (*Bull. méd.*, 9 mars 1890.) — Des manifestations nasales et auriculaires de la grippe, par NIMIER. (*Mercredi méd.*, 12 mars 1890.) — Otite moyenne dans la grippe, par PATRZEK. (*Allg. med. Cent. Zeit.*, p. 6, 1890.) — Les otites de la grippe, par HERMET. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 mars.) — L'influenza et l'oreille, par GRADENIGO. (*Boll. mal. dell' orecchio*, VIII, 2.) — Des caractères particuliers présentés par les maladies inflammatoires de l'oreille pendant l'épidémie d'influenza, par HENNEBERT. (*La Clinique*, 23 janvier 1890.) — Des affections de l'oreille pendant l'épidémie de grippe à Vienne, par POLITZER. (*Wiener med. Blätter*, nº 9, 1890.) — De la grippe, signes, aspect, traitement, prophylaxie, par WALTER. (In-8º, *Vienne*, 1890.) — De la grippe, signes et traitement, par BUNGEROTH. (In-8º, *Dusseldorf*, 1890.) — Traitement préventif et diagnostic de la grippe, par CARRICK. (*Times and register*, p. 10, 1890.) — La grippe et son traitement par le sulfate de quinine, par GELLÉE. (*Journ. méd. de Bordeaux*, 9 mars 1890.)

Grossesse. — Section médiane longitudinale antéro-postérieure obtenue, au moyen de la congélation, sur une femme au sixième mois de la grossesse, par SOFFIANTINI. (13e *Cong. Assoc. ital.*, *Padoue*, septembre.) — De la durée de la grossesse, par ISSMER. (*Arch. für Gyn.*, XXXV, 2.) — Grossesse prolongée, onze mois, par MAUS. (*N.-York med. Journ.*, 11 mai.) — Un cas de maternité précoce, par Mlle MONTÉGUT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nº 48.) — Physiologie et pathologie de la grossesse, par KŒTTNITZ. (*Deut. med. Woch.*, nº 44.) — Note sur le diagnostic de la grossesse gémellaire compliquée d'hydramnios, par TRACHET. (*Arch. de tocol.* nov.) — Fièvre dans la grossesse, par BERTACCINI. (*Raccoglitore*, 10 avril.) — Chorée et grossesse, par M. HANDFIELD JONES. (*Trans. of the obst. Soc.*, XXXI, 3.) — Sur un cas d'asystolie gravidique, par BUDIN. (*Progrès médical*, 16 novembre.) — Influence des hémorragies de la mère sur la vitalité des fœtus, par CHARPENTIER et BUTTE. (*Nouv. arch. d'obst.*, décembre.) — Un cas de rétention fœtale chez une femme arrivée à terme, par HERRGOTT. (*Bull. Acad. de méd.*, 3 décembre.) — Traitement de la rupture de l'utérus gravide, par REED. (*N. York med. Journ.*, 9 novembre.) — Diagnostic et traitement de la grossesse extra-utérine au début, par ERNST FRAENKEL. (*Berlin. klinik*, fasc. 17.) — Grossesse tubaire, par W. T. LUSK. (*N. York med. Journ.*, p. 421, 19 octobre.) — Grossesse tubaire, par FERGUSON. (*N. York med. Journ.*, 23 novembre.) — Fibrome utérin sous-péritonéal et grossesse extra-utérine, laparotomie, par BERGH. (*Hygiea*, LI, nº 5.) — Etude clinique sur la rupture de la trompe de Fallope dans la grossesse tubaire, par SCHEURLEN. (*Charité-Annalen*, p. 178.) — Grossesse intra-utérine dans un kyste tubo-ovarien, par A. v. KUTSCHERA. (*Mitt. d. Vereins*

d. Aerzte in Steiermark, Graz, p. 42.) — Opér. césarienne, par Le Même. (*Ibid.*, p. 45.) — Kyste ovarien multiloculaire, péritonite, laparotomie, établissement d'une fistule abdominale, guérison, par Le Même. (*Ibid.*, p. 46.) — Grossesse extra-utérine, par Lawson Tait. (*Med. News*, 9 novembre.) — Grossesse extra-utérine, par J. F. Thompson. (*Amer. Journ. of obst.*, août.) — Hématocèle intra-péritonéale due à la rupture d'une grossesse tubaire, laparotomie et extirpation de la trompe déchirée, par Lawson Tait. (*Lancet*, 23 novembre.) — Grossesse extra-utérine, rupture du kyste dans le péritoine, laparotomie, guérison, par Bland Sutton. (*Royal med. and chir. Soc.*, 12 novembre.) — Grossesse extra-utérine abdominale datant d'un an, incision abdominale, guérison, par Goullioud. (*Lyon méd.*, 24 novembre.)

H

Helminthe. — L'histoire de l'helminthologie dans les anciens auteurs, par Ch. Huber. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 354.) — Mort par ankylostomiase, par Beaven Rake. (*Brit. med. Journ.*, 21 septembre.) — Ankylostome duodénal chez un ingénieur des mines des Indes orientales, par A. Hofmann. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 40, p. 885, 7 octobre.) — Pathogénie de l'anémie par ankylostomiase, par Lussana. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Etude biologique sur les hématodes vivant dans le vinaigre, par Lindner. (*Cent. f. Bakteriol.*, VI, n° 23.) — Douve du foie de mouton s'accompagnant des symptômes d'une anémie pernicieuse et produisant une néoformation de canaux biliaires, par Bollinger. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 913, 28 octobre.) — Action du froid sur le processus de segmentation des œufs d'échinodermes, par O. Hertwig. (*Ibid.*, p. 943, 28 octobre.) — Cysticerque de la base du cerveau avec artérite cérébrale oblitérante, par Askanazy. (*Beit. zur pathol. Anat.*, VII, p. 83.)

Hématome. — Sur un cas d'hématome spontané volumineux de la région sacro-iliaque gauche, par Chandelux et Devay. (*Province méd.*, 5 octobre.)

Hémoglobinurie. — De l'hémoglobinurie, par de Renzi. (2e *Cong. Soc. ital. de méd. Rome*, 15 octobre.) — Coexistence d'œlèmes localisés de la peau avec l'hémoglobinurie paroxystique, par Joseph. (*Berlin. klin. Woch.*, 1er juillet.) — Méthémoglobinurie paroxystique, par Barton. (*Clin. Soc. of London*, 8 novembre.)

Hémorragie. — Etudes bactériologiques et expérimentales sur le développement de l'infection hémorragique, par Tizzoni et Giovannini. (*Ziegler's Beit. zur pathol. Anat.*, VI, 3.) — Sur le temps nécessaire à la régénération du sang après les hémorragies, par v. Hösslin. (*Münch. med. Woch.*, p. 815, 19 novembre.) — Cas d'hémophilie, par Young. (*Lancet*, 9 novembre.) — Diagnostic différentiel des métrorragies. (*Progrès médical*, 26 octobre.) — Traitement bâlnéo-thérapique des hémorragies utérines, par Schweiger. (*Orvosi hetilap*, n° 16.) — Des injections sous-cutanées d'eau salée dans l'anémie consécutive aux hémorragies utérines, par Chazan. (*Cent. f. Gyn.*, 17 août.) — La curette mousse dans les hémorragies utérines, par Kay. (*N. York med. Journ.*, 2 novembre.) — Indications de la révulsion para-hépatique dans le traitement de certaines hémorragies, par Guinard. (*Gaz. hebd. de méd.*, 8 novembre.) — L'emploi des injections salines dans l'anémie aiguë par hémorragie, par Wiercinsky. (*Cent. f. Gynæk.*, n° 41, 12 octobre.)

Hémorroïdes. — Traitement chirurgical des hémorroïdes; quelques remarques, par J. B. Brown. (*N. York med. Journ.*, p. 543, 18 mai.)

Hernie. — Deux cas de hernie de Littre, par Penrose. (*Med. News*, 9 novembre.) — Un cas de hernie prépéritonéale, par Butz. (*Chirurg. Westnik*, janvier.) — Etude sur la hernie inguinale du cæcum à gauche, par Hedrich. (*Gaz. méd. Strasbourg*, 1er novembre.) — Hernie inguinale gauche étranglée; kélotomie; cure radicale après débridement à ciel ouvert, par H. Delagénière. (*Bull. Soc. anat.*, p. 596, 22 novembre.) — Sac de hernie inguinale congénitale, par Walther. (*Ibid.*, p. 561, 8 novembre.) — Hernie inguinale étranglée, par Roswell Park. (*Med. News*, 9 novembre.) — Hernie inguinale droite. Cure radicale. Phlegmon gangreneux des bourses. Guérison, par Labougle. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 3 novembre.) — Cure radicale de la hernie inguinale congénitale chez les jeunes sujets, par Trélat. (*Gaz. hebd. de méd.*, 13 décembre.) — Deux cas de hernie crurale étranglée; cure radicale; guérison, par Ford Thompson. (*Journ. of amer. Assoc.*, p. 609, 26 octobre.) — Hernie inguinale et fémorale étranglée du même côté, par Tyrrell. (*Lancet*, 9 novembre.) — Contribution à l'étude des hernies ombilicales, par Klaussner. (*Münch. med. Woch.*, p. 859, 3 décembre.) — De l'étranglement de la hernie crurale par le collet du sac et par l'anneau, par Nicaise. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Hernie ombilicale étranglée avec gangrène localisée, par Hallock. (*N. York med. Journ.*, 30 novembre.) — Hernie ombilicale étranglée, par W. Bode. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, p. 868.) — Discussion sur le traitement des hernies, par Bryant, Bull, etc. (*New York med. Record*, p. 388, 5 octobre.) — Contribution au traitement des hernies gangrenées, par T. Secchi. (*La Riforma medica*, 5, 6, 7, 8 et 9 novembre.) — Cure radicale de la hernie, par Ewing Mears (*Philad. Acad. of surg.*, 7 octobre.) — Herniotomie directe, par Roberts. (*Med. News*, 21 décembre.) — Cure radicale de hernie, par Mc Cosh. (*Intern. Journ. of surg.*, p. 235, octobre.) — L'intervention opératoire dans les hernies étranglées compliquées de gangrène, par Guinier. (*Thèse Montpellier*, n° 57.) — Résection et suture primitives dans les hernies gangrenées, par Hagemann. (*Deutsche med. Woch.*, n° 31, p. 627.)

Herpès. — De l'herpès menstruel, par Bergh. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 1.) — Herpès zoster chez un enfant de 4 jours, par Lomer. (*Cent. f. Gynæk.*, 9 novembre.) — Remarques sur le travail de Leslie Roberts, cultures du champignon de l'herpès tonsurans, par Grawitz. (*Monat. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 10.)

Histologie. — Sur l'emploi de l'essence de térébenthine dans la technique histologique, par Lœwenthal. (*Cent. f. Phys.*, p. 65.) — Méthodes simples de photographie avec le microscope, par Randall. (*Med. News*, 28 décembre.) — Sur la technique des coupes histologiques, par G. Boccardi. (*La Riforma medica*, 29 juillet.)

Hôpital. — Le système de construction le plus convenable pour un hôpital général, par Aufrecht. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 1.) — L'Hôtel-Dieu Saint-Eloi; l'hôpital suburbain, par Castan. (*Montpellier méd.*, juillet.) — Les plans de l'hôpital John Hopkins, par Billings. (*N. York med. Journ.*, p. 505, 11 mai.)

Hydatide. — Névrite optique descendante, suite de kyste hydatique du ventricule latéral gauche du cerveau, par Calderon. (*Arch. d'opht.*, IX, n° 5.) — Kyste hydadique sous-phrénique, par Löbker. (*Deut. med. Woch.*, n° 18.) — Kyste hydatique suppuré de l'abdomen chez une femme enceinte, incision, guérison, par Girdlestone. (*Austral. med. journ.*, 15 dé-

cembre 1888.) — Kyste hydatique du foie volumineux et suppuré ; opération en un seul temps ; mort par collapsus, par Batut. (*Marseille méd.*, n° 9, p. 521.) — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie, par G. Caruso-Pecoraro. (*Sicilia medica*, n° 8, p. 627.) — Traitement des kystes hydatiques du foie par les lavages au sublimé, par Mesnard (*Gaz. hebd. sc. méd. Bordeaux*, 15 décembre.) — De l'incision transpleurale appliquée aux collections sous-phréniques et en particulier aux kystes hydatiques du foie, par Bergada. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Vésicules hydatiques expulsées par l'urètre, par Lèques. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — Kyste hydatique osseux du fémur gauche ; amputation de cuisse, par Dubourg et Labougle. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 décembre.) — Traitement des kystes hydatiques par les lavages antiseptiques, par Lescure. (*Thèse de Bordeaux.*)

Hydroa. — Stomatite de l'hydroa, par Quinquaud. (*Ann. de dermat.*, X, n° 10, p. 789.)

Hygiène. — Manuel pratique d'hygiène, par Guiraud. (In-16, 575 p., *Paris.*) — Résumé des opérations (analyses de substances alimentaires) faites au laboratoire municipal de Montpellier (1886-1887-1888), par Astre. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n°s 35 et 36.) — L'hygiène à l'Exposition universelle, par L. Reuss. (*Annales d'hygiène publ.*, XVII, 5, 113 et 497.) — L'hygiène à l'Exposition universelle de 1889. (*Revue d'hyg. et police sanit.*, XI, juin, juillet, septembre et octobre.) — L'assainissement de Paris à l'Exposition universelle de 1889, par Bechmann. (*Ibid.*, 968, novembre.) — Hygiène scolaire, par Sigmund Rembold. (*Tubingue.*) — Les recherches sur l'hygiène scolaire d'Axel Key ; édition allemande, par Leo Burgerstein. (*Hambourg.*) — Influence de l'école sur le développement physique de la jeunesse, par Kollmann. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, p. 750, 15 décembre.) — Des épidémies et des maladies transmissibles dans leurs rapports avec les lois et règlements, par Martin. (In-12, 340 p., *Lyon.*) — Sur les maladies dominantes en Sardaigne, par Perroncito. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, août.) — L'hygiène dans les campagnes. Une épidémie de scarlatine dans le canton de Tuchan, par Courrent. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n°s 31-32.) — Convention du 18 juillet 1889 entre la Belgique et l'Allemagne pour établir un service d'informations relatives aux épidémies et épizooties. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 328, août-septembre.) — La lutte contre les maladies contagieuses, par Ferdinand Hueppe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 989 et p. 1014, 18 et 25 novembre.) — Circulaire ministérielle belge du 26 juin 1889 relative à la création d'écoles ménagères. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 330, août-septembre.) — Loi belge du 9 août 1889 relative aux habitations ouvrières et à l'institution de comités de patronage. (*Le Mouvement hygiénique,* V, 309, août-septembre.) — Des salles de malades et des annexes destinées à loger leurs services respectifs, par C. Tollet. (*Revue d'hyg.*, XI, 816, septembre.) — De l'antisepsie des matériaux de construction, par Bovet. (*Ann. de microg.*, décembre.) — De quelques points d'hygiène chez la femme à l'état sain et à l'état pathologique, par Dumoret. (*Rev. d'hyg. thér.*, novembre.) — La double canalisation d'eau à Paris, par Bechmann. (*Revue d'hyg.*, XI, 1055 et 1125, décembre.) — Influence des variations de niveau de la couche liquide souterraine sur la diffusion des organismes pathogènes dans le sol, par L. de Blasi. (*La Riforma medica,* 22 octobre, et *Bollet. d. Società d'igiene di Palermo*, IV, n° 8.) — Etude sur les circonstances qui peuvent faire varier la richesse des égouts en microbes et leur action nocive, par Poincaré. (*Revue d'hyg.*, XI, 894, octobre.) — Le tout-à-l'égout (critique), par G. van Overbeek et Meyer. (*Annales d'hyg. publ.*, XXII, 436, no-

vembre.) — Epidémie locale causée par la pollution d'un puits par un urinoir, par Cornaz et par Ernest de Reynier. (*Revue méd Suisse romande*, IX, 736, novembre.) — Loi belge sur le périmètre de protection des eaux de Spa. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 323, août-septembre.) — Evaluation approximative du volume des déjections alvines qui s'infiltrent annuellement dans le sol de la ville de Bordeaux ou qui s'écoulent dans les égouts. Conséquences de l'infection du sol au point de vue épidémiologique, par Mauriac. (*Journ. de méd. Bordeaux*, n° 15, p. 135.) — Le meilleur système de vidanges pour Florence, par Luigi Billi. (Tout-à-l'égout.) (*Turin.*) — Etablissements classés : autorisation et surveillance, par Th. Belval. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 377, octobre.) — Discussion de l'Association médicale vétérinaire d'Anvers sur le projet d'organisation d'une inspection générale des viandes destinées à l'alimentation. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 408, octobre.) — Les nouvelles mesures concernant la saisie des bêtes et des viandes tuberculeuses, par E. Vallin. (*Revue d'hyg.*, XI, 953, novembre.) — La ventilation des wagons de voyageurs, par Faratkevitch. (*Wratch*, n° 35.) — Loi belge relative à la réglementation du travail des femmes et des enfants dans les établissements industriels. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 317, août-septembre.) — Ouverture à Bruxelles (5 octobre 1889) du premier café populaire de tempérance, fondé sous les auspices de la Ligue patriotique contre l'alcoolisme. (*Ibid.*, V, 407, octobre.) — Loi belge du 19 août 1889 établissant une taxe sur les nouveaux débits de boissons alcooliques. (*Ibid.*, V, 315, août-septembre.) — Loi belge du 26 juin 1889 portant répression des excès des « runners » et du colportage des boissons alcooliques à bord des navires. (*Ibid.*, V, 314, août-septembre.) — Nouveau coup d'épée dans l'eau à propos d'hygiène, par Sirus-Pirondi. Etude de l'influence du nicotisme, de l'alcoolisme, etc., sur la natalité et les infirmités. (*Marseille médical*, n° 10, p. 573.)

Hypnotisme. — L'hypnotisme comme moyen de recherches dans les affaires judiciaires, par Tarchini-Bonfanti. (*Arch. italiano per le mal. nerv.*, mars.) — Hypnotisme et thérapeutique psychique, par Felkin. (*Edinburgh med. Journ.*, p. 510, décembre.) — Lettre de Charcot sur la suggestion au point de vue thérapeutique. (*Deutsche med. Woch.*, n° 25, p. 493.) — L'hypnotisme théorique et pratique comprenant les procédés d'hypnotisation, par Marin. (In-18, *Paris.*) — Congrès international de l'hypnotisme expérimental et thérapeutique tenu à Paris, par Dumontpallier et Béril-lon. (In-8°, 280 p., *Paris*.) — De la valeur du traitement par la suggestion, par Hirt. (*Wiener med. Presse*, n° 45.) — Théorie et pratique de l'hypnotisme, par A.-H. Wagner. (*N. York med. journ.*, p. 536, 18 mai.) — De l'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil chez les hypnotiques, par Luys et Bacchi. (*Acad. des sc.*, 18 novembre.)

Hystérie. — Hystérie toxique, par Soutoul. (*Thèse de Paris*, 23 décembre.) — Hystérie tabagique, par Mallet. (*France méd.*, 3 décembre.) — Les hystéries provoquées, par Brissaud. (*Gaz. des hôp.*, 23 novembre.) — Hystérie et neurasthénie associées, par Dutil. (*Gaz. méd. Paris*, 30 novembre.) — L'écriture médianimique; le spiritisme au point de vue scientifique, par Bloco. (*Bull. méd.*, 24 novembre.) — La nutrition dans l'hystérie, par Gilles de la Tourette et Cathelineau. (*Progrès médical*, 4 et 11 mai.) — Des contractures spontanées et artificielles des hystériques, par Fazio. (2e *Cong. Soc. ital. méd. Rome*, 15 octobre.) — Trois nouvelles observations d'hystero-épilepsie chez les jeunes garçons, par Bourneville et Sollier. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Anesthésie hystérique, avec une étude du champ visuel, par John Mitchell et E. de Schweinitz. (*Amer. Journ. of med. sc.*, p. 466, novembre.) — Un cas d'amblyopie hys-

térique, par MILNER. (*Lancet*, 7 décembre.) — Réactions électriques chez deux hystériques, comparées avec celles de la maladie de Thomsen, par MARINA. (*Riv. sper. di fren.*, XIV, 3 et 4.) — La méthode suggestive des tons dans le traitement de l'aphonie hystérique, par SCHEINMANN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 21, p. 418.) — Hémiplégie hystérique avec atrophie musculaire, survenue à la suite d'une diphtérie, par DEBOVE. (*Soc. méd. des hôpitaux*, 11 octobre.) — Coxalgie et hémiplégie hystériques, par BRUNI. (2e *Cong. Soc. ital. de méd. Rome*, 15 octobre.) — Une épidémie nerveuse (hystérie convulsive) à Onano, par SCIAMANNA. (*Bollet. d. Soc. lancisiana degli ospedali di Roma*, octobre.)

I

Ichthyose. — Sur l'histologie et la nature de l'ichthyose et ses rapports avec les dermopathies voisines, par TOMMASOLI. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 3.)

Impétigo. — De l'impétigo herpétiforme, par DU MESNIL. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 5.)

Inanition. — Sur le mouvement nutritif des substances albuminoïdes chez l'homme en état d'inanition, par J. MUNK. (*Centrbl. f. d. med. Wiss.*, n° 46.) — Sur le mouvement nutritif des substances albuminoïdes chez l'homme en état d'inanition, par G. KLEMPERER. (*Ibid.*, p. 898.) — Encore une fois, les échanges nutritifs des substances albuminoïdes dans l'inanition, par J. MUNK. (*Ibid.*, n° 51.) — Dernière réponse, par KLEMPERER. (*Ibid.*, n° 52.) — La peptonurie dans l'inanition par le jeûne, par LUSSANA et ARSLAN. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Sur la nature des atrophies par inanition aiguë chez les animaux à sang chaud, par MORPURGO. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre et *Arch. ital. de biol.*, XII, 3.)

Infection. — De l'auto-infection, par DIONYS VON SZABO. (*Arch. für Gyn.*, XXXVI, 1.) — Transmission des maladies infectieuses par les mouches, par H. BRIZ. (*Arch. de med. y cirug. de los niños*, n° 5, p. 71.)

Inflammation. — Contribution à l'étiologie des différents processus inflammatoires avec exsudats fibrineux, par A. CONDORELLI MAUGERI. (*Sicilia medica*, p. 557, juillet.)

Inhalation. — Les conditions fondamentales de la pratique des inhalations, par GÜNTHER. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, p. 539.) — Indication des inhalations d'oxygène par M. DUPONT. (*Bull. gén. de thérap.*, p. 258, 30 mars.)

Injection. — Du danger des injections utérines, par SALÉMI. (*Bull. gén. de thér.*, 30 décembre.) — Des injections intra-utérines au sublimé, par JULLIEN. (*Thèse Montpellier*, n° 46.)

Insolation. — Pathologie et thérapeutique du coup de soleil et du coup de chaleur, par MAX BREITUNG. (In-8°, 23 p. *Berlin.*)

Intestin. — Expériences sur les mouvements antipéristaltiques de l'intestin, par KIRSTEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 885, 7 octobre.) — Recherches expérimentales sur l'origine de la péristaltique intestinale, par C. LÜDERITZ.

(*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd* CXVIII, *Heft*, 1.) — Superdigestion intestinale, par CHRISTOPHER. (*N.-York med. journ.*, 9 novembre.) — Résorption des différentes graines dans l'intestin, par VOIT. (*Münch. med. Woch.*, p. 869, 3 décembre.) — Utilisation du lait de vache dans le canal intestinal de l'homme, par PRAUSNITZ. (*Zeit. f. Biol.*, p. 533, 1888.) — Utilisation des haricots dans le canal intestinal de l'homme, par PRAUSNITZ. (*Ibid.*, p. 227.) — Sur la pathologie de l'iléon, par KIRSTEIN. (*Deut. med. Woch.*, n° 49.) — De la constipation, ses causes, ses conséquences et son traitement, par LANCEY-ROCHESTER. (*Buffalo med. journ.*, p. 214, novembre.) — De l'épidémie de gastro-entérite à Christiania, 1888, par HUSEMANN. (*Deut. med. Woch.*, n° 47.) — Symptômes nerveux dans aux désordres gastro-intestinaux, par VAN VALZAH et CRANDALL. (*N. York med. journ.*, p. 89, 27 juillet.) — Prophylaxie de la diarrhée d'été par HORTHRIDGE. (*Ibid.*, p. 11, 6 juillet.) — Sur la diarrhée continue et son traitement par les injections astringentes, par PEPPER. (*Med. News*, 30 novembre.) — L'ulcère simple du duodénum, par POTAIN. (*Union médicale*, 12 décembre.) — Pathologie et traitement de la périty phlite, par R. J. HALL. (*N.-York med. journ.*, p. 177, 17 août.) — Cancer du cæcum, par TISON. (*Bull. Soc. anat.*, 29 novembre, p 609.) — Treize observations de cancer primitif du duodénum, par WHITTIER. (*Boston. med. journ.*, p. 377, 17 octobre.) — Trois cas de typhlite, opération, guérison, par BALDY. (*Med. News*, 25 novembre.) — Intervention précoce dans un cas d'inflammation ulcéreuse de l'appendice iléo-cæcal, par BURNSIDE FOSTER. (*Boston med. journ.*, 12 septembre, p. 257.) — Un cas de périty phlite opéré, guérison, par GROSS. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 novembre.) — L'intervention précoce dans les maladies de l'appendice vermiculaire, par MAC BURNEY. (*N.-York med. journ.*, 21 décembre.) — De la périty phlite, par HARTLEY. (*Ibid.*) — Fistule pyo-uretéro-cæcale, iléo-colostomie, par COMTE. (*Rev. méd. Suisse romande*, octobre.) — Gastro-entérostomie, recherches sur les fonctions de l'estomac et de l'intestin après guérison, par RYDYGIER et JAWORSKI. (*Deutsche med. Woch.*, n° 14, p. 265.) — Plaies par armes à feu de l'abdomen, en particulier des plaies des intestins, par LEWIS STIMSON. (*N.-York Acad. of med.*, 15 octobre.) — Résection et suture circulaire de l'intestin pour une entérocèle gangrenée, par C. ROMANO. (*Rivista clinica e terapeutica*, n° 9, p. 451.) — Contribution à la chirurgie intestinale, résection circulaire d'une anse intestinale de 69 centimètres de longueur suivie de guérison, par F. OBTULOWICZ. (*Archiv f. pathol. Anat.*, *Band* CXVIII, *Heft* 2.) — De l'anastomose intestinale, par BROKAW. (*Weekly med. Rev.*, août.) — Opérations d'anastomoses intestinales avec anneaux de caoutchouc segmenté, par BROKAW. (*Med. News*, 7 décembre.) — Rupture traumatique du duodénum et contribution à l'étude du processus de réparation de l'ulcère chronique du duodénum, par A. VITI. (*La Riforma medica*, 1er août.) — Suture continue de l'intestin et des viscères abdominaux, par C. L. LEWIS. (*N. York med. journ.*, p. 287, 14 septembre.)

Iris. — De l'immobilité réflexe de la pupille, par MENDEL. (*Deut. med. Woch.*, n° 47.) — De l'iritis primitive, par H. CLAIBORNE. (*Journal of amer. Assoc.* p. 571, 19 octobre.) — Division des synéchies antérieures, par LANG. (*Roy' London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — Tuberculose primitive de l'iris, par GRIFFITH. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 12 décembre.) — Tuberculose de l'iris, par FEUER. (*Soc. de méd. Buda-Pest*, 30 novembre.) — Sur un cas de tuberculose de l'iris, par HIRSCHBERG. (*Soc. de méd. de Berlin*, 23 octobre.) — Cas de tuberculose de l'iris, par J. HIRSCHBERG et par SCHWEIGER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 984, 11 novembre.) — Du sarcome primitif de l'iris, par ANDREWS. (*N.-York med. journ.*, p. 595, 1er juin.)

K

Kyste. — Des kystes lymphatiques traumatiques, par L. Heusner. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19.) — Kyste sanguin de l'avant-bras, par Meinhard Schmidt. (*Cent. f Chir.*, n° 48.) — Pathogénie des kystes médians du cou d'origine congénitale, par Voituriez. (*Journ. sc. méd. Lille*, 13 décembre.) — Kyste sébacé sous-lingual, par Shepherd. (*Montreal med. chir. Soc.*, 17 mai.) — Kyste épidermique de la main droite consécutif à un traumatisme, par Labougle. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 17 décembre.) — Kyste mucoïde de la région pré-sternale, par Chrétien. (*Bull. Soc. Anat.*, p. 506, 4 octobre.)

L

Lacrymales (Voies). — Contribution à l'anatomie pathologique des voies lacrymales, par Maouro. (*Giorn. Assoc. dei Natur.*, *Naples*, I, 1 et 2.) — Ablation des glandes lacrymales dans les larmoiements incoercibles, par Guillou. (*Thèse Montpellier*, n° 49.) — Extirpation des glandes lacrymales orbitaires dans les larmoiements incoercibles, par Castagnié. (*Montpellier méd.*, octobre.)

Lait. — Lait stérilisé, par Wood. (*N. York med. journ.*, 30 novembre.) — De la stérilisation du lait (méthode de Soxhlet), par Escherich. (*Münch. med. Woch.*, p. 801, 19 novembre.) — Des produits de décomposition du lait par les micro-organismes, par Scholl. (*Fortsch. d. Med.*, VIII, n° 2.) Sur le dosage de la matière grasse du lait, par F. Ballario. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, août.) — Les corpuscules du colostrum et les globules du lait au point de vue médico-légal, par S. Ottolenghi. (*Ibid.*, août.) — Du lait rouge, par Menge. (*Cent. f. Bakter.*, VI, n° 22.)

Langue. — Nouvelles recherches sur l'éléidine dans la langue et dans les épithéliums de la langue, par Urso. (*Giorn. Assoc. dei natur. Naples*, I, 1 et 2.) — Sur l'exfoliation en aires de la langue, par Bayer. (*La Clinique*, 17 octobre.) — La langue névropathique, par Simon. (*Journ. de méd. Paris*, novembre.) — De l'hypertrophie des glandes de la base de la langue, traitement, par J. Roe. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 588, 26 octobre.) — Lipome multiple congénital de la langue, par Perrando Jacopo. (*Arch. ital. di pediatria*, VII, n° 5.) — Observation d'un cas de tuberculose, d'un cas d'abcès et d'un cas de corps étranger de la langue, par Fleischmann. (*Albany med. journ.*, septembre.) — Ulcère tuberculeux de la langue, par Mariani. (*Rev. de med. y cir.*, 7 juillet.) — Un cas de macroglossie congénitale combinée à l'hypertrophie musculaire vraie généralisée et à l'idiotie, par F. Bruck. (*D. med. Woch.*, n° 12.) — Un cas d'hémiatrophie de la langue, par R.-V. Limbeck. (*Prag. med. Woch.*, n° 16.)

Laparotomie.— Note sur 100 laparotomies, par Lebedeff. (*Cent. f. Gynaek.*, 23 novembre.)— Technique de la laparatomie, par J. Veit. (*Berlin. klinik*, 15e fascicule.) — Etude statistique sur les laparotomies pour traumatismes, par Morton. (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — Trois laparotomies avec emploi du sublimé pour le lavage du péritoine, par G. Gelli. (*Ann. di ost. e gin.*, juin-juillet.) — De la mort à la suite de laparotomies, dues à

des affections cardiaques, pulmonaires et rénales, par Von Herff. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre et 16 décembre.)

Larynx. — Dispensaire de laryngologie de l'université de Naples, dirigé par Massei. Compte rendu de l'année scolaire 1888-89, par Trifiletti. (*Broch., Naples.*) — De l'innervation motrice centrale du larynx, par Semon et Horsley. (*Intern. Cent. f. Laryng.*, VI, 8.) — Le centre moteur d'innervation du larynx, par Semon et Horsley. (*Brit. med. journ.*, 21 décembre. — Le centre respiratoire et ses rapports avec le larynx; origine des nerfs laryngés, par Grossman. (*Soc. de méd. de Vienne*, 29 novembre.) — Controverses sur l'histologie des cordes vocales, par Fraenkel et Kanthack. (*Archiv f. pathol. Anat. u. Physiologie*, *Band* CXVIII, Heft 2.) — Ce qu'on doit entendre par les vraies cordes vocales, par P. Heymann. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1135, 30 décembre.) — Genèse et ordre de succession des vibrations de la glotte, par Moura. (*C. rend. Cong. d'otol., Paris*, p. 415.) — Voix et registres, par Moura. (*Ibid.*, p. 79.) — Le chant peut se définir physiologiquement une action harmonique, coordonnée, artistique des muscles des organes vocaux, par Nuvoli. (*Ibid.*, p. 86.) — Des opérations rhino-laryngologiques depuis l'emploi de la cocaïne, par Fraenkel. (*Deut. med. Woch.*, n° 51.) — L'éclairage du larynx par transparence, par Gottstein. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 840.) — Sur l'éclairage du larynx et du nez à la lumière électrique, par I. Dionisio. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, août.) — Les premières opérations sur le larynx avec l'éclairage par transparence, par Voltolini. (*Deutsche med. Woch.*, n° 17.) — Diagramme des lésions fonctionnelles des cordes vocales, par Massei. (*Boll. d. mal. dell' orecchio*, VIII, n° 1.) — L'enrouement, sa cause, son importance et son traitement, par M. Bresgen. (*Neuwied.*) — La toux et les remèdes contre la toux, par Crook. (*N. York med. journ.*, p. 676, 22 juin.) — Des troubles de la voix causés par de faibles lésions et anomalies de l'arrière-gorge, par C. Michel. (*Deutsche med. Woch.*, n° 20, p. 398.) — Dysphonie spasmodique, par F.-L. Knight. (*N. York med. journ.*, p. 285, 14 septembre.) — Pathologie et traitement du spasme laryngé, par Kalmus. (*Inaug. Diss. Breslau.*) — Hémorragie laryngée, par Porter. (*New York med. journ.*, p. 315, 21 septembre.) — Laryngite catarrhale avec dyspnée, scarification, par Havilland Hall. (*Med. Soc. of London*, 18 novembre.) — Laryngite inter-aryténoïdienne, par Dunn. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, juillet.) — De l'œdème du larynx, par Félix Peltesohn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 931, 28 octobre.) — Adénite aiguë multiple, œdème du larynx, guérison spontanée, par Langmaid. (*N. York med. journ*, p. 149, 10 août.) — Nitrate d'argent dans la laryngite chronique, par Solis Cohen. (*N. York. med. journ.*, p. 287.) — Le bacille de Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx, par Botey. (*Rev. de laryngol.*, 15 novembre.) — Etiologie des ulcères tuberculeux du larynx, par Fraenkel. (*Cent. f. klin. Med.*, n° 37.) — Tuberculose laryngée avec symptômes insolites, par Rice. (*N. York med. journ.*, p. 234, 31 août.) — Sur un cas de tuberculose laryngée à forme scléreuse, par Luc. (*Arch. de laryng.*, octobre.) — Trois cas d'ulcérations tuberculeuses du larynx, remarques sur le traitement, par Becbe. (*Journ. of opht. and lar.*, octobre.) — Ablation d'une tumeur tuberculeuse du larynx, par Landgraf. (*Berl. klin. Woch.*, 2 septembre.) — Tumeur tuberculeuse du larynx, trachéotomie, guérison, par Robertson. (*Brit. med. journ.*, 16 novembre.) — De l'acide lactique dans le traitement de la tuberculose laryngée, par Thomouck. (*Inaug. Diss. Wurtzbourg.*) — Valeur de la créosote dans 50 cas de maladies des voies respiratoires, par Watson. (*Virgin. med. Monthly*, octobre.) — Traitement des infiltrations tuberculeuses chroniques du larynx à l'aide de l'électrolyse, par Heryng. (*C. rend. Cong.*

d'otol., *Paris*, p. 259.) — L'iodol dans la pharyngo-laryngite tuberculeuse, par PEINADO. (*Gaceta med. de Granada*, 31 mars.) — De la trachéotomie dans la tuberculose laryngée, par SEIFERT. (*Münch. med. journ.*, 9 avril.) — Lupus tuberculeux du larynx, garçon de 14 ans, par WHIPHAM et DELÉPINE. (*Brit. med. journ.*, p. 591, mars.) — Lupus primitif du larynx opéré par la pharyngotomie, par GARRÉ. (*Münch. med. Woch.*, n° 52.) — Un cas irrégulier de syphilis du larynx, par FICANO. (*C. rend. Cong. d'otol.*, *Paris*, p. 398.) — Des rétrécissements cicatriciels laryngés d'origine syphilitique, par HIRSCHFELD. (*Thèse de Hambourg.*) — Rétrécissement par gommes du larynx, trachéotomie, 20 grammes d'iodure par jour, guérison, par BILLINGS. (*N. York med. Record*, 1er juin.) — Syphilis laryngée, diagnostic, par THRASHER. (*N. York med. Rec.*, 20 juillet.) — Deux cas d'anthracose laryngée, par FASANO. (13e *Cong. Assoc. méd. ital.*, *Padoue.*) — Des manifestations de la lithémie dans les premières voies aériennes, par WHITEHILL. (*Amer. Journ. of the med. sc.*, p. 491, novembre.) — Spasme de la glotte et éclampsie chez un rachitique, par VINEBERG. (*N. York med. journ.*, p. 628, 8 juin.) — Sur les ulcères laryngés dans la fièvre typhoïde, par GRÜDER. (*Thèse de Berlin.*) — De la chorée vocale primitive d'origine corticale, par ABATE. (*C. rend. Cong. d'otol.*, *Paris*, p. 434.) — Deux cas de paralysie du muscle crico-thyroïdien, par HEYMANN. (*D. Arch. f. klin. Med.*, *Bd.* XLIV, p. 586.) — Névrite du récurrent par compression et paralysie phonatoire des cordes vocales, par VELLUTI. (*Riforma med.*, 9 octobre.) — Deux cas remarquables de paralysie des cordes vocales, par MARTIUS. (*Charité-Annalen*, XIV, p. 315.) — Qu'est-ce que la paralysie véritable du muscle crico-aryténoïdien postérieur, par JELENFFY. (*N. York med. journ.*, p. 225, 31 août.) — Deux cas de paralysie du muscle crico-thyroïdien, par KIESSELBACH. (*D. Arch. f. klin. Med.*, LXV, p. 369.) — Traitement du cancer laryngé, par ROQUER Y CASADESUS. (*C. rend. Cong. d'otol.*, *Paris*, p. 177.) — Extirpation du larynx pour un cancer, par BOCCOMINI. (*Gazz. med. Lombard.*, 12 octobre.) — Deux cas d'ablation partielle de larynx cancéreux, par E. KUESTER. (*Berlin. klin. Woch.*, 19 novembre.) — Un cas de laryngectomie modifiée, pour un épithélioma du larynx, guérison, par FOWLER. (*Americ. Journ.*, *of med. sc.*, octobre.) — Cancer du larynx, trachéotomie, par ROBERTSON. (*Lancet*, 6 juillet.) — Extirpation totale du larynx, cancer, guérison, par MACDONALD et SYMONDS. (*Brit. med. journ.*, p. 936, mai.) — Ecrasement de la face, fracture du larynx, par CHAPOTOT. (*Lyon méd.*, 1er décembre.) — Destruction du larynx par un coup de feu, guérison, par HARPER. (*New-Orleans med. journ.*, octobre.) — Tumeur laryngée, par BILLINGS. (*N. York Acad. of med.*, 22 octobre.) — Tumeurs du larynx opérées par les voies naturelles : 1° kyste de la corde vocale ; 2° papillomes des bandes vocales ; 3° fibrome du ventricule de Morgagni, par MICHELSON. (*Berlin. klin. Woch.*, 9 septembre.) — Papillome de l'épiglotte et de la base de la langue, par BULL. (*Journ. of. opht. otol. and lar.*, juillet.) — Traitement électrique des affections du larynx, par CLEMENS. (*Therap. Monats.*, n° 8.) — L'électrostatique appliquée à la laryngologie, par NICOLAI. (*C. rend. Cong. d'otol.*, *Paris*, p. 424.) — Six cas de tubage du larynx, par FRIER. (*North of Ireland Branch of Brit. med. Assoc.*, 31 octobre.) — Onze cas de tubage chez des jeunes enfants, par STAVELEY. (*Lancet*, 9 novembre.) — Tubage du larynx, par RANKE. (*Münch. med. Woch.*, p. 749, 22 octobre.) — Sur le tubage du larynx, par EGIDI. (*Bullet. d. Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma*, octobre.) — Un cas de tubage laryngé, enfant de 17 mois, un tube tombé dans l'œsophage, pas d'accidents, par BROTHERS. (*N. York med. Record.*, 27 juillet.) — Cas heureux de tubage du larynx, par BARTLETT et J.-C. KLARK. (*N. York med. journ.*, p. 180, 17 août.)

Lèpre. — De la contagiosité de la lèpre, par Wahl. (*St-Petersb. med. Woch.*, n° 42.) — La contagiosité de la lèpre, par Ch. Landré père. (*Corresp.-Blatt für schw. Aerzte*, p. 764, 15 décembre.) — Tentatives répétées, mais sans résultat positif, de culture du bacille de la lèpre, par Campana. (*Riforma med.*, 18 et 19 octobre.) — Le bacille de la lèpre, par Stallard. (*Brit. med. journ.*, 21 décembre.) — Lèpre oculaire, par Lopez. (*Arch. of opht.*, XVIII, 4.) — A propos d'un cas de lèpre observé à Lille, par Baude. (*Ann. de dermat.*, X, n° 12.) — Lèpre anesthésique et syphilis chez un malade, par Kaposi. (*Prager med. Woch.*, n° 24.)

Leucémie. — La leucémie aiguë, leucémie pendant la grossesse, par L. Jumon. (*France méd.*, 9 novembre.) — Sur un cas de leucémie chez un homme de 22 ans, avec autopsie, par Loewenmeyer et Virchow. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1005, 18 novembre.) — Etiologie de la leucémie, par Stintzing, Richter, Hildebrandt, Erb, Curschmann, Mosler. (*Ibid.*, p. 886, 7 octobre.) — Du sang leucémique; leucémie rétrocédant au fur et à mesure du développement d'une tuberculose miliaire, par Quincke. (*Ibid.*, p. 886, 7 octobre.) — De la pseudo-leucémie cutanée, par Joseph. (*Deut. med. Woch.*, n° 46.)

Lichen. — Du lichen ruber et de ses rapports avec le lichen planus, par Hebra. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 3.) — Lichen plan à forme végétante et cornée, par Hallopeau. (*Ann. de dermat.*, X, n° 10, p. 795.) — Lichen plan avec dilatations considérables et isolées des orifices sudoripares, par Hallopeau. (*Ibid.*, X, n° 10, p. 787.) — La question du lichen, par Kaposi. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 5.)

Lipome. — Du lipome diffus, par Williams. (*London pathol. Soc.*, 3 décembre.)

Lupus. — Lupus primitif de la conjonctive, par Griffitz. (*Med. Chronicle*, XI, n° 2.) — Le lupus de la langue à propos d'un cas de lupus demi scléreux de la langue, par Leloir. (*Ann. de dermat.*, X, n° 11.) — Lupus érythémateux du cuir chevelu et de la muqueuse buccale, par Vidal. (*Ann. de dermat.*, X, n° 10, p. 785.) — Lupus érythémateux de la lèvre supérieure, tuberculose pulmonaire, par Feulard. (*Ann. de dermat.*, X, n° 10, p. 806.) — Lupus érythémateux ou tuberculose de la lèvre inférieure, par Feulard. (*Ann. de dermat.*, X, n° 11.) — Lupus tuberculeux de l'avant-bras durant depuis 68 ans, par Feulard. (*Ann. de dermat.*, X, n° 10, p. 792.) — Lupus de la plante du pied chez un enfant de 5 ans; analyse bactériologique du tissu morbide, par Charon et Gevaert. (*Presse méd. belge*, n° 30.) — Lupus érythémateux avec complications peu ordinaires, par Hardaway. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.)

Luxation. — Compendium de l'étude des luxations traumatiques récentes, par Stetter. (2e édition, *Berlin.*) — Sur un cas d'ancienne luxation de l'atlas, par Tombolan-Fava. (13e *Cong. Assoc. ital.*, *Padoue*, septembre.) — Des luxations des vertèbres cervicales, par Aubert. (*Thèse de Paris*, 12 décembre.) — La suture métallique dans les luxations sus-acromiales de la clavicule, par Paci. (*Sperimentale*, décembre.) — Un cas de luxation sus-coracoïdienne et un cas de luxation sous-acromiale de l'épaule, par Bramann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 983, 11 novembre.) — Luxation scapulo-humérale avec fracture du col anatomique, par Mauclaire. (*Bull. Soc. anat.*, p. 513, 11 octobre.) — De la rupture des adhérences dans les luxations anciennes de l'épaule, par And. Castex. (*Rev. de chir.*, p. 839, 1888.) — De l'intervention chirurgicale dans les luxations traumatiques irréductibles de l'épaule, par Giraud. (*Thèse de Bordeaux.*) — Subluxation de la

tête du radius, par TURNER. (*N. York med. journ.*, p. 681.) — Un cas de subluxation de la tête du radius chez un adulte, par AMORY LAMPHEAR. (*Intern. Journ. of surgery*, p. 231, octobre.) — Luxation du corps en avant, par CURTILLET. (*Lyon méd.*, 8 décembre.) — Luxation du pouce en arrière, par R. STIERLIN. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte,* XXII, p. 684, 15 novembre.) — Luxation de l'articulation sacro-iliaque, par EDWARDES-KER. (*Lancet*, 23 novembre.) — Luxations congénitales de la hanche, par C. SETH EVANS. (*Med. News*, 16 novembre.) — Deux cas de suppuration dite aiguë catarrhale dans une luxation congénitale de la hanche. par KRAUSE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — Luxation de la hanche droite chez un enfant de 7 ans et demi, par DOUGLAS. (*Lancet*, 9 novembre.) — La résection de la tête du fémur dans la luxation iliaque traumatique ancienne, par L. BRUNO. (*La Riforma medica*, 20 juillet.) — Cinq cas de luxation de la hanche, par STIMSON. (*N. York med. journ.*, p. 118, 3 août.) — Sur une luxation congénitale très rare (luxation du genou, rôle de l'hérédité), par V. LAURO. (*La Riforma medica*, 19 août.) — Luxation du fibro-cartilage semi-lunaire externe du genou, par RICKMANN GODLEE. (*Illust. Med. News*, septembre.) — Un cas de luxation tibio-tarsienne en dehors. Observations et réflexions, par SERRE. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 45.) — Luxation avec plaie de l'articulation tibio-tarsienne, par S. DENNIS. (*The internat. Journ. of surgery*, p. 285.) — Luxation complexe du pied ; opération de Mikulicz, par CHAPUT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 642, 13 décembre.) — Luxation compliquée du cou-de-pied, par CROLY. (*Roy. Acad. of. med. Ireland*, 6 décembre.) — Cas de luxations et fractures, par GORHAN. (*Wien. med. Presse,* n° 35, p. 1381.)

Lymphatique. — Lymphatiques du péritoine utérin, par POIRIER. (*Bull. Soc. anat.*, p. 568, 8 novembre.) — Lymphatiques des organes génitaux de la femme, par POIRIER. (*Progrès médical*, 23 novembre.) — Lymphorragie sous-cutanée, par NEUFELD. (*Gazeta lekarska*, n° 11.) — Des lymphangites vénéneuses de la verge, par ORVAL. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Renseignements que peut fournir l'exploration de la région cervicale : 1° engorgement ganglionnaire au cas de cancer d'un viscère de l'abdomen; 2° douleur des pneumogastriques et des phréniques au cas d'affections du cœur, des poumons ou de l'estomac, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 14 novembre.) — Un cas d'hydrosadénite, par GIOVANNINI. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 3.) — Adénite suppurée observée à l'hôpital Saint-Mandrier, par ORONIE. (*Thèse Montpellier*, n° 56.) — Traitement de l'adénite tuberculeuse, par CASTAN. (*Thèse Montpellier*, n° 55.) — Un cas d'adénite calculeuse, par KLOMAN. (*N. York med. journ.*, 16 novembre.) — Traitement des hypertrophies ganglionnaires du cou, par ALBRECHT. (*Rev. méd. Suisse romande*, IX, 735, novembre.) — Contribution à l'étude histologique de la lymphadénite chronique, par F. SORRENTINO. (*La Riforma med.*, 21 octobre.) — Traitement chirurgical des polyadénites chroniques de la région cervicale, par MICHEL. (*Thèse de Lyon*, n° 496.) — Deux faits d'adénomes cervicaux volumineux opérés, par JARVIS WIGHT. (*Annals of surgery*, p. 246, octobre.) — Hypertrophie ganglionnaire généralisée, lymphadénomes multiples, par PICHEVIN. (*Gaz. des hôp.*, 19 novembre.) — Du lymphadénome ganglionnaire et de son traitement par l'arsenic, par FRANQUET. (*Thèse de Paris*, 5 décembre.) — Lymphadénome malin ; forme infectieuse, par DAGRON. (*Bull. Soc. anat.*, 18 octobre, p. 522.)

M

Main. — Les homologies du carpe et du tarse, par JABOULAY. (*Province méd.*,

21 décembre.) — Anomalies multiples des doigts, par BORNTRAEYER. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 34, p. 763, 26 août.) — De la maladie de Morvan, par CHARCOT. (*Semaine méd.*, 11 décembre.) — Hypertrophie de la 3e phalange du médius, par DURNERIN. (*Lyon méd.*, 8 décembre.) — Remarques sur un cas d'hypermégalie du pouce et de l'index, par A. GOLDSCHEIDER. (*Arch. für Anat. und Physiol., phys. Abth.*, p. 154.) — Anatomie pathologique et pathogénie des kystes épidermiques de la main, par LABOUGLE. (*Thèse de Bordeaux.*) — Fibro-sarcome de la paume de la main, par SAUVINEAU. (*Bull. Soc. anat.*, p. 559, 8 novembre.) — Epithelioma de la face dorsale de la main, par GERSER. (*Intern. Journ. of surgery*, p. 233, octobre.)

Mal de mer. — La place que devrait occuper la naupathie ou mal de mer, par SKIRMER. (*New York med. journ.*, p. 627, 8 juin.)

Maladies. — Prophylaxie des maladies, par HAYNES. (*Brit. med. journ.*, 7 décembre.)

Maladies prof. — Stigmates professionnels chez quelques ouvriers d'une manufacture de pianos, par ALEZAIS. (*Marseille méd.*, n° 9, p. 537.)

Mamelle. — Des abcès du sein, par GRYNFELTT. (*Montpellier méd.*, 16 décembre.) — Tumeurs du sein, par WHITE. (*Med. News*, 14 décembre.) — Cancer squirrheux du sein. Ablation de la tumeur; carcinose généralisée consécutive sans récidive sur le champ opératoire, par FORGUE et RAUZIER. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nos 25 et 45.) — Sarcome fusocellulaire de la mamelle, par STEINBERGER. (*Wiener med. Presse*, n° 47.) — Carcinome alvéolaire du sein consécutif à un eczéma du mamelon, par BARLING. (*London path. Soc.*, 17 décembre.)

Massage. — Du massage et principalement de son application au traitement des paralysies, par LEGUY. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.)

Maxillaire. — Les mouvements de la mâchoire inférieure, par CHARLES LUCE. (*Boston med. journ.*, 4 juillet.) — Etude des kystes du maxillaire, par CHIARELLA. (*Sienne.*) — Sur l'empyème de l'antre d'Highmore, par KRIEG. (*Würtemb. med. Corresp. Bl.*, n° 34, 1888.) — De l'empyème de l'antre d'Highmore, par HARTMANN. (*Deut. med. Woch.*, n° 59.) — Empyème du sinus maxillaire, par SCHWARTZ. (*Breslauer aerzt. Zeit.*, n° 3.) — Contribution à la pathogénie et à l'étiologie (syphilis) de l'empyème de l'antre d'Highmore, par TRIFILETTI. (*Arch. ital. di laring.*, IX, 4.) — Ostéomyélite du maxillaire inférieur; séquestre volumineux, par C. WALTHER. (*Bull. soc. anat.*, p. 601, 22 novembre.) — Ankylose double de la mâchoire traitée avec succès par la résection des deux angles du maxillaire inférieur, par WILLIAM H. BENNETT. (*Brit. med. journ.*, p. 1115, mai.)

Médecine (hist.). — La chirurgie en France au XVIIIe et au XIXe siècle, par A. POZZI. (*Gaz. méd. chir. Toulouse*, 20 novembre.) — Le progrès des sciences médicales, par H. S. STARK. (*New York med. journ.*, p. 227, 31 août.) — La science médicale moderne, par COE. (*Ibid.*, n° 406.) — L'importance de l'histoire pour la médecine et les sciences naturelles, par PUSCHMANN. (*Deuts. med. Woch.*, n° 40, p. 817.) — Jacques Daviel, chirurgien et professeur à l'Hôtel-Dieu de Marseille (1723-1746), par F. ARNAUD. (*Marseille médic.*, n° 10, p. 607.) — Une page d'histoire de la médecine; la thérapeutique sous les premiers Césars, par LÉPINE. (*Lyon méd.*, 17 novembre.) — Clinicien de la vieille école de Vienne, par PETERSEN. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 5 et 6.) — Un Rouennais oublié, Jacques Mesnard, chirurgien et accoucheur (1685-1746); ses œuvres, par PANEL. (In-8°, *Rouen.*) — Hippocrate et la taille, par SMITS. (*Cent. f. Chir.*, 21 décembre.)

Médecine légale.—Eléments de l'analyse chimique médico-légale, par JOSEPH KLEIN. (*Hamburg.*) — Du droit de réquisition à l'égard des médecins, par A. MOSSÉ. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 39.) — Questions médico-légales, par H. RILEY. (*New York med. Record*, p. 427, 19 octobre.) — L'information des cas de maladies transmissibles et les déclarations de décès, par SCHMID. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 660, novembre.) — D'un critérium positif chez les femmes accusées d'infanticide, par SIGHELE. (*Arch. di psichiat.*, X, 3 et 4.) — Meurtre de deux enfants, tentative de suicide; mélancolie avec crises violentes d'anxiété; mort par phtisie, par SIEMERLING. (*Charité-Annalen*, p. 423.) — Nouveau-né étouffé par un tampon de paille introduit dans la bouche; rapport médico-légal, par VON MASCHKA. (*Viertelj. f. gericht. Med.*, LI, 290, octobre.) — Rapport médico-légal sur une paramétrite imputée à des mauvais traitements; absence de connexion étiologique, par VON MASCHKA. (*Ibid.*, LI, 264, octobre.) — Avis supérieur du comité scientifique prussien pour les affaires médicales sur un cas d'infanticide, par SKRZECZKA. (*Ibid.*, LI, 255, octobre.)—Cadavre de nouveau-né offrant des blessures multiples. Y a-t-il infanticide ou mort naturelle? par VON MASCHKA. (*Ibid.*, octobre.) — Enfant né mort en présentation du siège; fractures de la clavicule et des vertèbres cervicales; responsabilité de la sage-femme, par VON MASCHKA. (*Ibid.*, 279, octobre.) — Cadavre de nouveau-né trouvé dans une paillasse; mort probable par suffocation intentionnelle, par VON MASCHKA. (*Ibid.*, 282, octobre.) — Détermination de la cause de la mort d'un homme trouvé sur un tas de foin avec des blessures multiples, par VON MASCHKA. (*Ibid.*, 269, octobre.) — Rapport médico-légal sur un cas de folie circulaire, par SIOLI. (*Ibid.*, 369, octobre.) — Relation médico-légale de l'affaire Pastré-Beaussier (Inculpation d'intoxications multiples par l'arsenic dans une pharmacie du Havre), par P. BROUARDEL et GABRIEL POUCHET. (*Ann. d'hyg. publ.*, XXII, 137.) — L'examen des petites filles victimes d'attentats à la pudeur, par LACASSAGNE. (*Ibid*, XXII, 411, novembre.) — Physiologie et anatomie pathologique dans la pendaison, par COUTAGNE. (*Ibid.*, XXII, 408, novembre.) — Huit cas de tentatives de suicide par coups de revolver (5 plaies du crâne dont une mortelle; une plaie non pénétrante du thorax; 2 coups de feu dans la bouche), par A. KOEHLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1037, 2 décembre.) — Obstétrique médico-légale, par FRITSCH. (Infanticide, avortement, viol, impuissance, grossesse, fautes contre les règles de l'art.) (*P. Müller*, *Handb. der Geburts.*, tome III.) — La chaleur irradiée dans ses rapports avec la docimasie pulmonaire, par MONTALTI. (*Sperimentale*, octobre.)

Médecine militaire. — L'hygiène militaire à l'Exposition de 1889, par JEUNHOMME. (In-4°, 67 p., *Paris.*) — La vie du soldat au point de vue de l'hygiène, par RAVENEZ. (In-16, *Paris.*) — Les maladies des recrues du district militaire de Kieff, de 1883 à 1886, par KOSLOWSKI. (*Woienno San. Déelo*, IX, p. 221.)

Mélanose. — Déviations pigmentaires, mélanodermie, maladie bronzée, par PETER. (*Semaine médicale*, 20 novembre.) — Cas rare de mélanose, par BONNET. (*Münch. med. Wochens.*, p. 871, 8 décembre.) — Un cas de mélano-sarcone multiple, par MATTISSEN. (*Deut. med. Woch.*, n° 36, p. 743.)

Méninge. — Des méningites microbiennes, par ADENOT. (*Thèse de Lyon*, n° 494.) — Les portes d'entrée de la méningite, par HUGUENIN. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 22, p. 673, 15 novembre.) — Traumatisme cranien et méningite, par KLEIN. (*Münch. med. Woch.*, p. 459, 24 septembre.)—Contribution à l'étude de la méningite spinale, par H. HOCHHAUS. (*Habilitationsschrift Kiel.*) — De la méningite spinale, par G. VOGT.

(*Deuts. med. Woch.*, n° 38, p. 787.) — Etiologie et traitement de la méningite cérébro-spinale épidémique, par LEWENTANER. (*Centralb. für klin. med.*, n° 30.) — Sur l'étiologie de la méningite cérébro-spinale épidémique par BONOME. (13e *Cong. Assoc. ital.*, *Padoue*, septembre.) — Névrite multiple et méningite cérébro-spinale infectieuse, par H. UPSON. (*Boston med. journ.*, p. 208, 29 août.) — Formes anormales et curabilité de la méningite tuberculeuse aiguë de l'adulte, par SARDA. (*Montpellier méd.*, décembre 1888.) — Cas de méningite tuberculeuse de la base, par RIEDER. (*Münch. Med. Woch.*, p. 881, 10 décembre.) — Néphrite aiguë hémorragique dans la méningite suppurée, par CROOKE et MASON. (*Lancet*, 14 décembre.) — Deux cas de cysticerque en grappes dans les méninges. Cysticercus bovis chez l'homme, par DE NABIAS et DUBREUILH. (*Journ. de médec. Bordeaux*, 22 décembre.) — Epilepsie partielle. Foyers de ramollissement multiples; cysticerques en grappe des méninges, par CHABRELY. (*Ibid.*, 22 décembre.) — Hémiplégie droite; aphasie; méningo-encéphalite; cysticerques en grappe des méninges, par BITOT. (*Ibid.*, 22 décembre.)

Menstruation. — Ovulation et menstruation, par CHAZAN. (*Arch. f. Gyn.*, XXXVI, 1.) — De l'état psychique de la femme pendant la période menstruelle considérée plus spécialement sous le rapport de la morale et de la médecine légale, par ICARD. (*Thèse de Paris*, 5 décembre.) — Menstruation précoce, par JAGOE. (*N. York med. Journ.*, p. 433, 19 octobre.)

Mercure. — Expériences sur l'usage de l'huile grise, par ULLMANN. (*Wiener med. Blätter*, n°s 24 et 38.)

Moelle. — Excitations de la moelle épinière du lapin avec une aiguille, par DE BOECK. (*Arch. f. Anat. u. Phys.*, *Phys. Abth.*, p. 238.) — Des sensations et des mouvements réflexes produits par la somme d'excitations faibles chez des sujets atteints d'affections médullaires, par O. ROSENBACH. (*Deuts. med. Woch.*, n° 13, p. 248.) — Des localisations dans la moelle cervicale, par BRUNS. (*Ibid.*, n° 48.) — Contribution à l'étude de la sclérose latérale amyotrophique, par ROVIGHI et MELOTTI. (*Riv. sper. di fren.*, XIV, 3 et 4.) — Sur les granulations de l'épendyme. Observations, par BARONCINI. (*Archiv. ital. per le malatie nervose*, XXV, 4.) — Cinq cas d'hémorragie médullaire d'origine traumatique, par N. BERARDINO. (*Rivista clinica e terap.*, n° 9, p. 459.) — Myélite par compression avec et sans dégénérescence secondaire, par COLMAN. (*London path. Soc.*, 18 février.) — Un cas de poliencéphalomyélite progressive chronique, par SEELIGMUELLER. (*Neurol. Centralb.*, n° 6.) — Ophtalmoplégie nucléaire avec poliomyélite, par SACHS. (*Amer. neurol. Assoc.*, 26 juin.) — Paralysie progressive du bulbe avec poliomyélite antérieure chez un jeune garçon, par A. HOFMANN. (*Berl. klin. Woch.*, p. 905, 14 octobre.) — Myélite syphilitique évoluant comme une ataxie locomotrice, par EWALD. (*Ibid.*, p. 985, 11 novembre.) — Cas de syringomyélie, par UPSON. (*N. York med. journ.*, p. 238, 31 août.) — La syringomyélie, par CHÉRON. (*Union médicale*, 14 novembre.) — De la springomyélie, par BLOCQ. (*Gaz. des hôp.*, 7 décembre.) — Un cas de syringomyélie, par BOUCHAUD. (*Journ. sc. méd. Lille*, 27 septembre.) — Plaques de la moelle, par MEYER. (*Lyon méd.*, 22 décembre.) — Contribution à l'étude symptomatique du myélome multiple; peptonurie concomitante, par KAHLER. (*Prager med. Wochens.*, n°s 4 et 5.) — La curabilité de l'ataxie, nos connaissances actuelles sur son anatomie pathologique, par CARTER GRAY. (*New York med. journ.*, 16 novembre.) — La maladie de Friedreich, par P. LADAME. (*Rev. médic. Suisse romande*, IX, 776, décembre.) — Sur le tabes dorsalis, par STEIN. (*Münch. med. Woch.*, p. 640, 10 septembre.) — Du tabes dorsalis (n'admet pas l'étiologie syphilitique), par LEYDEN. (*Eu-*

lenburg's. Real Encyclop. der ges. Heilk., 2e édition.) — Arthropathies tabétiques du tarse postérieur et de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. Déviation latérale externe de cet orteil, par CHIPAULT. (*Bull. Soc. anat.*, p. 546, 25 octobre.)— Ataxie locomotrice; genu valgum arthropathique ; arthrite purulente ; hématome sous-arachnoïdien sur toute la longueur de la moelle; endartérite et phlébite oblitérante syphilitiques; arachnitis gommeuse; sclérose des cordons postérieurs, etc., par EWALD. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 905, 14 octobre.) — Tabes traumatique, par KLEMPERER. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 1 et 2.) — Le traitement des maladies chroniques de la moelle, par CHÉRON. (*Union médicale*, 19 décembre.) — Traitement des affections spinales par la suspension, par STEWART. (*Edinb. med. chir. Soc.*, 6 novembre.) — De la suspension dans le traitement des maladies du système nerveux, par HAUSHALTER et ADAM. (*Progrès médical*, p. 23-30, 2 novembre 1889.)— Le traitement de l'ataxie et d'autres maladies nerveuses par la suspension, par HAMMOND. (*N. York med. journ.*, p. 510, 11 mai.) — Suspension dans l'ataxie locomotrice, par GARRY. (*Brit. med. journ.*, 9 novembre.) — La suspension dans le traitement de l'ataxie, par RAUZIER. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 32.) — Sur la suspension dans le tabes dorsal, par DELPRAT. (*Weekbl. van het Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.*, II, n° 2.) — La suspension dans le traitement du tabes, par LUMBROSO. (2e *Cong. Soc. ital. méd. Rome*, 15 octobre.) — Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension, par J. MICHELL CLARKE. (*Practitioner*, novembre.) — Le traitement mécanique du tabes par le système d'HESSING. (*Deut. med. Woch.*, n° 40, p. 821.) — Cas de mort par la suspension dans l'ataxie, par BORSARI. (*Riv. gen. ital. di clin. med.*, 25 octobre.) — Comment agit la suspension chez les ataxiques et nouvelle méthode curative au moyen de la flexion antérieure forcée du corps, par BONUZZI. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Sur l'action de la douche spinale alternante pratiquée pendant la suspension, par E. REALE. (*Riv. clinica e terapeut.*, n° 9, p. 449.)

Molluscum. — Du molluscum contagiosum, par KAPOSI. (*Bull. méd.*, 22 décembre.)

Monstre. — Tératogénie expérimentale chez les mammifères, par GIACOMINI. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 3.) — Monstre acardiaque, par ECKARDT. (*Cent. f. Gyn.*, 3 août.) — Fœtus anencéphale, par MABBOTT. (*New York med. journ.*, p. 491, 4 mai.) — Exencéphalie avec défaut de coalescence entre le bourgeon frontal et le premier arc branchial, chez un nouveau-né avant terme. Bride amniotique adhérente au fond du sillon anormal, par GUÉNIOT. (*Bull. Acad. de médec.*, 19 novembre.)

Mortalité. — Mortalité par choléra infantile, entérite et dysenterie fièvre puerpérale, à Berlin, Hambourg, Breslau et Munich en 1888, par GEORGE MEYER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 906 et 908, 14 octobre.)

Muqueuse. — Transformation cornée des muqueuses, par POSNER et par BLASCHKO. (*Arch. f. Anat. und Physiol., phys. Abth.*, p. 349 et 366.)

Muscle. — Du développement des muscles masticateurs, par KAZZANDER. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Le muscle auriculaire antérieur. Le muscle temporal superficiel, par BERTELLI. (Brochure, *Pise.*) — De la néoformation du tissu musculaire lisse, par THOMAS. (*Ziegler und Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anat.*, Band IV, p. 99 et *Centr. Blatt f. klin. Med.*, n° 41.) — Altérations expérimentales des muscles striés dans le phosphorisme, l'inanition et la paralysie, par KNOLL. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 42, p. 925, 21 octobre.)—Influence de l'excitation mécanique des muscles

et de la peau sur la pression artérielle chez le lapin, par E. G. Kleen. (*Arch. scandin. de Phys.*, I, p. 247.) — Sur l'excitation musculaire secondaire, par W. Kuhne. (*Zeits. für Biologie*, p. 203.) — Recherches thermodynamiques sur les muscles, par Danilewsky. (*Wiesbade.*) — Variations chronologiques du courant musculaire, par Nicolaides. (*Arch. f. Anat. u. Physiol., phys. Abth.*, p. 73.) — Recherches sur la vérification du principe de la conservation de l'énergie dans le travail musculaire, par Danilewsky. (*Wiesbaden*, 1889.) — Influence du travail cérébral sur l'énergie des contractions musculaires, par A. Mosso. (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 19, p. 595, 1er octobre.) — Sur la valeur anatomo-physiologique des muscles mimiques, par Vincent. (*Arch. de médec. navale*, décembre.) — Absence des pectoraux et du grand dentelé antérieur gauches avec palmures des doigts, etc., par Bruns. (*Berlin. klin. Woch.*, I, p. 985, 14 octobre.) — L'absence congénitale ou acquise des muscles thoraciques, et contribution à l'étude de l'atrophie musculaire progressive, par R. Stintzing. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 205.) — Parésie musculaire générale, par Forest. (*New York Acad. of med.*, 11 mai.) — Sur la maladie de Thomsen. Premier cas décrit en Suède, par Wising. (*Hygiea*, janvier.) — Du paramyoclonus multiplex, par Manquat. (*Bull. méd.*, 25 septembre.) — Etude clinique et séméiologique du paramyoclonus multiplex, par Lemoine et Lemaire. (*Revue de méd.*, décembre.) — A propos de l'hypertrophie musculaire apparente ou réelle, par Leopold Auerbach. (*Centr. f. d. med. Wiss.*, n° 45.) — Un cas de pseudo-hypertrophie musculaire, par Armanni. (*Giorn. Assoc. dei natur. Naples*, I, 1 et 2.) — Atrophie musculaire progressive débutant aux extrémités inférieures, par Donath. (*Wiener med. Presse*, n° 38, p. 1489.) — Des atrophies musculaires, par Borgherini. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Un cas anormal d'atrophie musculaire progressive (type facio-scapulo-huméral), par Sperling. (*Neur. Centralbl.*, n° 3.) — Torticolis amélioré par des doses toxiques de gelsemium, après myotomie infructueuse, par Williams. (*Med. News*, 16 novembre.)

Mycosis. — Deux cas de mycosis fongoïde, par Ledermann. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 5.) — Du mycosis fongoïde, par Pelissier. (*Thèse Montpellier*, n° 39.) — Sur un cas de mycosis fongoïde, par Blanc. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.)

Myopie. — De la myopie et de quelques considérations sur son étiologie et sa prophylaxie, par Ratuld. (*Thèse de Paris*, 4 décembre.) — Influence des règles hygiéniques sur la myopie scolaire, par v. Hippel. (*Giessen.*) — Contribution anatomique à l'étude de la myopie, par A. Romano-Catania. (*Sicilia medica*, n° 8, p. 593.)

N

Nerf. — Développement du nerf olfactif et du bulbe, par His. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 942, 28 octobre.) — Le nerf olfactif, par C.-L. Dana. (*N. York med. j.*, p. 253, 7 septembre.) — Sur la distribution des nerfs, glosso-pharyngé, vague et hypoglosse chez quelques reptiles et oiseaux, par Staderini. (*Acad. d. Fisiocritici*, série IV, vol. 1.) — La loi fondamentale de biologie sur l'excitation des nerfs et les applications thérapeutiques, par Rudolph Arndt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 749, 4 novembre.) — La loi biologique de Schulz et Arndt et l'homéopathie, par Wilhelm Weinberg. (*Ibid.*, n° 51, p. 1104, 23 décembre.) — Relations du sympathique et de la

crête de certains oiseaux, par J. Jegorow. (*Central. f. d. med. Wiss.*, n° 44.) — Expériences démontrant l'existence des fibres fréno-sécrétoires dans le cordon cervical du nerf grand sympatique, par Arloing. (*Acad. des sc.*, 25 novembre.) — Sur les effets cardiaques consécutifs des excitations centrifuges du nerf vague chez les mammifères, par Laulanié. (*Soc. biologie*, 22 juin.) — Recherches sur les effets produits par la section des vagues au-dessous du diaphragme, par Arthaud et Butte. (*C.-R. Soc. biologie*, 12 octobre.) — Sur les fonctions du plexus cœliaque, par Lustig. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Polynevrite dégénérative d'origine typhique, par Fazio. (2e *Cong. Soc. ital. de méd. Rome*, 15 octobre.) — Un cas de névrite périphérique, causée par l'inhalation de sulfure de carbone, par Edge. (*Lancet*, 7 décembre.) — Névralgie faciale; névrectomie ; guerison (2 obs.), par E. Magruder. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 572, 19 octobre.) — Influence de l'excitation du pneumogastrique sur la circulation pulmonaire de la grenouille, par Couvreur. (*Acad. des sc.*, 25 novembre.) — Pathologie et traitement de la sciatique, par J. Carpenter. (*Journ. of Americ. Assoc.*, p. 365, 14 septembre.) — Suspension et extension dans le traitement de la sciatique, par Ch. Hunt. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 446, 28 septembre.) — Paralysie du nerf trijumeau, comprenant les maxillaires inferieur et supérieur, irritation spinale, par Brower. (*Med. News*, 21 décembre.) — Sur un cas de paralysie du nerf cubital à l'avant-bras, chez un enfant de 7 ans, par Luzet. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, décembre.) — Paralysie progressive du nerf radial, suite de fracture, opération, guérison, par Puzey. (*Brit. med. journ.*, p. 309, août.) — Paralysie de la septième paire droite datant de près de onze ans, traitée par l'électricité, amélioration très notable, par Bonnefin. (*France médicale*, 19 décembre.) — De la paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial ou paralysie du type Duchenne-Erb dans ses rapports avec les maladies infectieuses, par Perret. (*Province méd.*, 14 décembre.) — Blessures et maladies des nerfs, traitement chirurgical, par Bowlby. (In-8°, *Londres.*) — Plaie par éclat de verre de la face antérieure du poignet droit section des tendons fléchisseurs de la main et des doigts, des nerfs médian et cubital et de l'artère cubitale. Sutures au catgut. Rétablissement des fonctions des muscles et des nerfs, par J. Reboul. (*France méd.*, 14 décembre.) — Thrombose de l'artère vertébrale comprimant le nerf pneumo-gastrique, perte unilatérale du goût à la base de la langue. par Pope. (*Brit. med. journ.*, 23 novembre.) — Résection du nerf maxillaire supérieur, par Potherat. (*Bull. Soc. anat.*, 18 octobre, p. 521.)

Nerveux (Syst.). — Méthodes techniques pour l'étude du système nerveux, par van Gieson. (*N. York med. journ.*, p. 57, 20 juil et.) — Sur la genèse des phénomènes consécutifs à la pression des faisceaux nervo-vasculaires du cou, par Cantu. (*Riforma med.*, décembre.) — Contribution à l'histologie des fibres nerveuses médullaires, par Capobianco et Germano. (*Giorn. Assoc. dei natur. Naples*, I, 1 et 2.) — De l'action trophique que le système nerveux exerce sur les autres tissus, par Baldi. (*Sperimentale*, avril et *Arch. ital. de biol.*, XII, 3.) — Pathologie et traitement des maladies nerveuses, par Ludwig Hirt. (*Vienne.*) — Des diagnostics instantanés en pathologie nerveuse, par Erb. (*Deutsche med. Woch.*, n° 42, p. 857.)

Névrose. — L'asthénopie des neurasthéniques, par Collins. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — De la neurasthénie, par Pitres. (*Echo méd. de Toulouse.*) — De la neurasthénie cardiaque (abus de café, thé, tabac, alcool, par Leer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 905, 14 octobre.) — La neurasthénie et son traitement, par Hirt. (*Wien. med. Presse*, n° 36, p. 1409). — Gœthe et la névrose traumatique locale, par Witkowski. (*Deut. med.*

Woch., n° 47.) — Sur une forme de névrose traumatique qui rappelle de très près la paralysie agitante, par Oppenheim. (*Charité Annalen*, p. 418. Des névroses traumatiques, par A. de Boeck. (*Journ. de méd. Bruxelles*, 20 décembre.) — Des névroses dites traumatiques, par Lœwenfeld. (*Münch. med. Woch.*, p. 843, 17 septembre.) — Remarques sur la névrose traumatique, par E. Eisenlohr. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1128, 30 décembre.) — Un cas de névrose « traumatique » chez un employé de chemin de fer bouleversé p r l'imminence d'une collision de trains qu'il réussit cependant à empêcher, par Bruno Schaefer. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 43, p. 936, 28 octobre.) — Sur un cas d'érythromélalgie ou névrose congestive des extrémités, par Auché et Lespinasse. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Sur une particularité du mutisme dans la stupeur, par R. Gucci. (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, mars.) — Contribution à l'étude de la migraine, par Thomas. (*Thèse Montpellier*, n° 63.) — Traitement des migraines préorbitaires et oculaires, par l'application de l'électricité statique, par Galezowski. (*Rec. d'opht.*, n° 10.) — Traitement chirurgical du tic douloureux invétéré, par R. Abbe. (*N. York med. journ.*, p. 121, 3 août.)

Nez. — Sur les voies suivies par l'air respiré à travers le nez, par Kayser, (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 2.) — Quelques points de la pathologie du pharynx nasal, par Mackenzie. (*N. York. med. journ.*, p. 371, 5 octobre.) — De la cocaïnisation des fosses nasales et de la cavité pharyngo-nasale, par Zwaardemaker. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 1 et 2.) — Anosmie par la cocaïne, par Zwaardemaker. (*Fortsch. der Med.*, n° 13.) — Rhinoscopie postérieure, la tête pendante, et opérations sur le pharynx, par Dorn. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 12, et *Lancet*, 30 novembre.) — Des affections métastatiques, suite des maladies du nez, par Ziem. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 11.) — Deux cas de dilatation du sinus frontal, par Prochnow. (*Pester med. chir. Presse*, n° 16.) — Inflammation réflexe du nez et de la gorge, par Siver. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 10 octobre.) — Symptômes oculaires réflexes de lésions nasales, par Moore. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 9 octobre). — Névroses réflexes d'origine nasale, par Druse. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 9 octobre.) — Pourquoi l'on échoue si souvent dans le traitement de la rhinite chronique, par Rumbold. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 9 octobre.) — Coryza vasodilatateur chronique, par von Stein. (*Mediz. Obosrenie*, n° 17.) — De l'aprosexie, impossibilité de fixer l'attention et autres troubles des fonctions cérébrales causés par les affections du nez, par Guye. (*Journ. of laryngol.*, décembre.) — De quelques relations entre les maladies du nez et de l'œil, par Bronner. (*Journ. of laryngol.*, décembre.) — Des névroses réflexes d'origine nasale ou pharyngée, par Lichtwitz. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.) — La toux, ses rapports avec les affections du nez, par Schadle. (*N. York med. Record.*, 6 juillet.). — Névroses causées par le traitement des fosses nasales, par Rethi. (*Int. klin. Rundschau*, n° 51.) — Sur certains phénomènes de la ménopause d'origine génito-nasale, par Joal. (*Rev. de laryng.*, 1er décembre.) — Sur quelques névropathies réflexes d'origine nasale, par Goris. (*C. Rend. Cong. d'otol. Paris*, p. 337.) — Epistaxis habituelle, par Rothholz. (*Deutsche med. Woch.*, n° 40, p. 823.) — Le catarrhe nasal et son traitement, par Robinson. (*N. York med. journ.*, p. 650, 15 juin.) — Diagnostic et traitement de certaines formes de rhinite, par Knight. (*N. York med. journ.*, p. 32, 13 juillet.) — Traitement du catarrhe nasal chronique, par Mc'Gahan, (*Americ. rhinol. Assoc.*, 10 octobre.) — Traitement des ulcérations nasales et laryngiennes et de la laryngite catarrhale, par Coupard. (*Tribune méd.*, 17 octobre.) — Etiologie du catarrhe nasal atrophique, par Mann. (*Journ. opht. otol. and lar.*, octobre.) — Sur la forme du nez dans l'ozène vrai, ou rhinite atrophiante fétide, par Potiquet. (*Cong. int. de laryng.*, p. 373.) —

Quelques considérations sur l'ozène simple, par ARTEAGA. (*Revista de laring. y rinol.*, septembre.) — De l'ozène, traitement et prophylaxie, par BERLINER. (*Deut. med. Woch.*, n° 51.) — Du traitement de l'ozène vrai, par ROCHET. (*Province méd.*, 19 octobre.) — L'anémie et ses relations avec la sclérose nasale, par CURTIS. (*N. York med. Record.*, 6 juillet.) — De l'hypertrophie des cornets comme cause de larmoiement, par LUBET-BARBON. (*C. Rend. Cong. d'otol. Paris*, p. 370.) — Double oblitération osseuse congénitale des fosses nasales, opération, guérison, par EULENSTEIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 800.) — Atrophie, hypertrophie et déviation de la cloison, par VON KLEIN. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 10 octobre.) — Des synéchies intra-nasales et de leur traitement, par KRAKAUER. (*Deut. med. Woch.*, n° 45.) — Des perforations de la cloison, par THRASHER. (*Cincinnati Lancet and clinic*, 26 octobre.) — Opération sur la cloison nasale, par PANCOAST. (*Med. Times and register*, 28 décembre.) — Erysipèle et érythème de la face et obstruction nasale, par G.-W. MAJOR. (*N. York med. journ.*, p. 148, 10 août.) — Abcès du cerveau vidé dans le pharynx nasal, par GILLETTE. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 9 octobre.) — Note sur un cas de lucilia hominivorax, observé à Tay-Ninh, par BAURAC. (*Arch. de méd. navale* décembre.) — De la tuberculose nasale, par MERTENS. (*Inaug. Diss. Wurtzbourg.*) — Sur la syphilis du nez, par GRÜNWALD. (*Münch. med. Woch.*, 1er octobre, p. 696.) — Lésions syphilitiques du nez, par BLAIR. (*Albany med. Annals*, septembre.) — D'un nouveau procédé de restauration du nez, applicable à certains effondrements syphilitiques de cet organe, par MONTAZ. (*Ann. de l'enseig. sup. de Grenoble*, I, n° 1.) — Tumeurs verruqueuses des narines, par INGALS. (*N. York med. j.*, p. 317, 21 septembre.) — Traitement des verrues du nez et de la peau de la face, par ZIEM. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 12.) — Des papillomes des fosses nasales, par ROBERT. (*Thèse de Bordeaux.*) — Papillome de la fosse nasale droite, par NOQUET. (*Bull. méd. du Nord*, n° 10, p. 355.) — Sur une tumeur papillomateuse cornée des fosses nasales, par VON BUENGNER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 2.) — Des transformations anatomopathologiques des myxomes du nez, par SCHIFFERS. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — De la structure des polypes muqueux des fosses nasales, par BOTEY. (*C. Rend. Cong. d'otol. Paris*, p. 324.) — Distension du sinus frontal avec polypes muqueux, par WALKER. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — Traitement de quelques cas difficiles de polypes du nez, par MILLIGAN. (*Brit. med. journ.*, 16 novembre.) — Fibromes naso-pharyngés, par THUDICHUM. (*West London med. chir. Soc.*, 1er novembre.) — Polype naso-pharyngien, par HEURTAUX. (*Gaz. méd. de Nantes*, 5 janvier.) — Un cas de polype fibreux naso-pharyngien, par POISSON. (*Ibid.*, 9 mars.) — Polype naso-pharyngien volumineux, par ALLARD. (*Presse méd. belge*, n° 2.) — Traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens, par FORGUE. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 39.) — Un cas d'ostéome de la cavité nasale, par F. KAMMERER. (*Annals of surgery*, août, p. 98.) — Epithélioma du nez, par PANCOAST. (*Med. Times and Register*, 7 décembre.) — Du rhinosclérome, par WOLKOWITSCH. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXVIII, p. 356.) — Importance du traitement constitutionnel dans les inflammations rhino-pharyngées, par KNODE. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 10 octobre.) — L'acide trichloracétique dans les maladies du nez, de la gorge et des oreilles, par DE STEIN. (*C. Rend. Cong. d'otol. Paris*, p 401.) — Sur les applications du courant galvanique au traitement des affections des fosses nasales, par F. SUAREZ DE MENDOZA. (*Rev. de laryngol.*, 1er décembre.) — Traitement chirurgical des affections du nez, par DE VILBISS. (*Americ. rhinol. Assoc.*, 10 octobre.) — Sur l'abaissement du nez par ostéotomie verticale et bilatérale des os du nez, par OLLIER. (*Bull. Soc. de chir.*, XV, n° 5, p. 397.)

O

Occlusion intestinale. — Obstruction intestinale par typhlite, perforation de l'intestin au-dessus du siège de l'obstruction, par PENROSE. (*Med. News*, 23 novembre.) — Des occlusions intestinales, par MARINI. (*Sperimentale*, octobre.) — Etranglement d'une entéro-épiplocéle crurale par pincement latéral. Mort par paralysie cardiaque réflexe, cinq minutes après la kélotomie, par RICH. OTTE. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 42, p. 918, 21 octobre.) — Un cas d'invagination, par BRAUN. (*Cent. f. Chir.*, n° 29.) — De l'étranglement interne aigu et de son traitement par le lavage de l'estomac. (*Memorabilien*, février, mars, mai.) — Cas d'invagination traitée avec succès par l'insufflation gazeuse, par FINLAY. (*Lancet*, 30 novembre.) — Le traitement de l'iléus à l'heure actuelle, par H. CURSCHMANN. (*Therap. Monatsh.*, mai.) — Des injections rectales dans l'intussusception, par FOREST. (*New York med. Record*, p. 371, 5 octobre.) — Trois laparotomies pour obstruction intestinale, par GERSTER. (*N. York med. journ.*, p. 477, 4 mai.) — Entéro-anastomose extra-abdominale ; contribution au traitement chirurgical des occlusions intestinales, par A. CAPONOTTO. (*La Riforma medica*, 10 août.)

Œdème. — Œdème lymphatique chronique de la lèvre supérieure dépendant d'une obstruction intra-cranienne, par WRIGHT. (*N. York med. Record.*, 20 juillet.)

Œil. — Manuel pratique des maladies des yeux, par VACHER. (In-12, 659 p., *Paris.*) — Manuel d'oculistique, par ERNEST FUCHS. (*Leipzig et Vienne.*) — L'hygiène de la vue dans les écoles et collèges de France, par MOTAIS. (*Gaz. des hôp.*, 21 novembre.) — Hygiène de la vue, par BERTIN SANS. (*Montpellier méd.*, t. XIII.) — Simples notions de petite chirurgie oculaire, par TRUC. (*Montpellier méd.*, août.) — Comment doit être fait le recensement de 1890 pour avoir une notion des causes de la cécité aux Etat-Unis, par TILLEY. (*Americ. med. Assoc.*, 25 juin.) — Polyclinique des maladies des yeux, compte rendu triennal suivi de quelques considérations sur l'opération de la catarate, par VAN DEN BERGH. (*La Clinique*, n° 41.) — De la forme de l'hémisphère antérieur de l'œil déterminée par la mensuration des courbures de la cornée et de la sclérotique, par MEYER. (*Rev. gén., d'ophtalm.*, VIII, 12.) — Emplacement, forme et structure de l'aire et de la fossette centrale de l'œil des vertébrés, par CHIEVITZ. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 943, 28 octobre.) — L'organe central de la vue et de l'ouïe chez les vertébrés, par MUNK. (*Sitz. d. preuss. Akad. Wiss.*, XXXI, p. 615.) — D'une espèce particulière de perceptions visuelles, par LAQUEUR. (*Fortsch. d. Med.*, n° 19.) — Etat de l'accommodation de l'œil pendant les observations au microscope, par IMBERT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 27.) — Quelques aperçus sur les meilleurs moyens à prendre pour dresser une échelle chromatique, par DEEREN. (*Rev. d'opht.*, n° 10.) — De la relation entre l'adduction et l'abduction des yeux en rapport avec la durée des occupations par SEGALL. (*Westnik ophtalm.*, juillet.) — Un procédé simple pour la détermination objective des anomalies de la réfraction, par DROUJININE. (*Westnik ophtalm.*, juillet, octobre.) — Le procédé de Cuignet-Parent pour la détermination objective des anomalies de la réfraction, par ELIASBERG. (*Wratch*, n° 5.) — Détermination de la réfraction par l'épreuve

d'éclairage, par SCHWEIGER. (*Arch. of opht.*, XVIII, 4.) — Correction de l'hypermétropie congénitale, par SEABROOK. (*N. York med. journ.*, p. 599, 1er juin.) — Insuffisance des muscles des yeux, par DUANE. (*N. York med. journ.*, p. 113, 3 août.) — Valeur thérapeutique du gelsemium dans l'astigmatisme, par PETTERSON. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril.) — L'emploi de doses progressives de noix vomique dans le traitement des insuffisances musculaires, par DE SCHWEINITZ. (*Med. News*, 2 novembre.) — De la ténotomie partielle dans les cas de neurasthénie avec insuffisance des muscles oculaires, par MYLES STANDISH. (*Boston med. journ.*, 2 septembre., p. 245.) — Inconvénient des yeux artificiels en celluloïd, par MEURER. (*Province méd.*, 10 août.) — Anomalies des muscles oculaires, par STEVENS. (*Arch. of opht.*, XVIII, 4.) — Microphtalmie avec kystes du globe, par LANG. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — De la transplantation de la cornée de la poule sur l'œil humain, par GRADENIGO. (*Allg. Wien. med. Zeit.*, n° 42.) — Ophthalmie purulente et cécité dans l'état de New-York, par L. HOWE. (*N. York med. journ.*, p. 489, 4 mai.) — Etude clinique de quelques affections synalgiques de l'œil, kératites et iritis, leur traitement par le massage du point algogène, par CHIBRET. (*Arch. d'ophtalm.*, IX, n° 5.) — Du rhumatisme des muscles de l'œil, par J. W. WRIGHT. (*France méd.*, 31 octobre.) — De l'origine périphérique de l'ophtalmoplégie externe, par KORNILOW. (*Jéjedelnaia klin. Gazeta*, n° 27.) — Le traitement des lésions du nerf optique par l'électricité, par BULL. (*N. York med. journ.*, p. 457, 27 avril.) — Atrophie de la papille consécutive à une délivrance par le forceps, par DE BECK. (*France méd.*, 7 septembre.) — Sur un cas de paralysie récidivante du nerf oculomoteur, par VISSERING. (*Münch. med. Woch.*, 8 octobre, p. 699.) — Sur les anomalies congénitales des yeux dans les maladies mentales et leur valeur diagnostique, par R. WOLLENBERG. (*Charité. Annalen*, XIV *Jahrg.*, p. 471.) — Analyse de quelques symptômes oculaires observés dans la soi-disant parésie générale, par OLIVER. (*Americ. opht. soc.*, 17 juillet.) — La thérapeutique des paralysies oculaires, par MAUTHNER. (*Wiener med. Blätter*, n° 34.) — Revue statistique. Compte rendu du service ophtalmologique de la Salpêtrière pour l'année 1888, par MORAX. (*Arch. neurol.*, mai.) — Rapports de l'ophtalmologie avec la médecine et et la chirurgie, par H. TRUC. (*Montpellier méd.*, décembre.) — L'ophtalmie granuleuse à Montpellier, par DEMÉRY. (*Thèse Montpellier*, novembre, n° 8.) — Ophtalmie sympathique expérimentale, par GAYET. (*Lyon méd.*, 22 décembre.) — Les doses les plus utiles et le meilleur procédé pour l'emploi du sublimé corrosif et son efficacité contre les diverses formes d'ophtalmie granuleuse, par L. GUAITA. (*Il Morgagni*, octobre.) — Traitement de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, par PUECH. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 34.) — Des tuberculoses locales de l'œil, par PANAS. (*La Tribune méd.*, 21 novembre.) — Observation de dermoïde oculaire bilateral congénital, par TRUC et CASTAGNÉ. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 25.) Sarcome des corps ciliaires, par v. FORSTER. (*Münch. med. Woch.*, 3 septembre, p. 624.) — Fibro sarcome du nerf optique, par GAURAN. (*La Normandie médic.*, 15 décembre.) — Des cysticerques de l'œil, par HERRENHEISER. (*Prag. med. Woch.*, n° 49.) — L'eau chaude en oculistique, par CAILLOL. (*Thèse Montpellier*, n° 61.) — Des inconvénients des collyres, par A. CHEVALLEREAU. (*France méd.*, 17 octobre.) — De la stérilisation des instruments d'oculistique, par BOURGEOIS. (*Bull. gén. de thér.*, 30 décembre.) — L'antisepsie pratique de l'œil, par HANS ADLER. (*Wien. med. Presse*, n° 34, p. 1345.) — Des accidents atropiniques dans le traitement des maladies des yeux, par PELLIER. (*Thèse de Paris*, 4 décembre.) — Quelques cas rares de blessures de l'œil et de l'orbite, par HUTCHINSON JUN. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — Rupture du globe sans déplacement du cristallin, par COLLINS. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*,

XII, 4.) — Un cas d'énucléation de l'œil, par Truc. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 24.) — L'éxentération comparée à l'énucléation de l'œil, par Fowler. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril.) — Sur l'énucléation de l'œil, par Meiffret. (*Thèse de Lyon*, n° 488.)

Œsophage. — Utilité de faire ingérer de l'huile aux malades atteints de rétrécissement de l'œsophage avant de les cathétériser, par H. Secrétan. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 737, novembre.) — Abcès tuberculeux d'origine ganglionnaire ouvert dans l'œsophage. Hématémèse foudroyante, par P. Bouloche. (*Bull. Soc. anat.*, 4 octobre, p. 510.) — Sur l'œsophagotomie pour l'extirpation de corps étrangers, deux cas, par Southam. (*Lancet*, 28 décembre.) — Gastrostomie pour rétrécissement organique non cancéreux de l'œsophage, par Clark. (*N. York med. journ.*, 2 novembre.) — Cancer de l'œsophage, gangrène consécutive du cœur, mort par embolie cérébrale, par Klemperer. (*Deutsche med. Woch.*, n° 19, p. 376.) — Cancer de l'œsophage avec fausse route, par G. Merkel. (*Münch. med. Woch.*, 25 juin.) — Cancer de l'œsophage, dégénérescence cancéreuse des ganglions sus-claviculaires, trachéo-bronchiques et de la petite courbure de l'estomac; dégénérescence wallérienne du nerf récurrent gauche englobé dans les ganglions trachéo-bronchiques gauches formant une tumeur volumineuse; compression des pneumogastriques, paralysie du récurrent, voix bitonale, toux coqueluchoïde, par Caussade. (*Arch. de laryngol.*, octobre.) De la gastrostomie dans le rétrécissement cancéreux de l'œsophage, par Nicaise. — (*Gaz. méd. de Paris*, 26 novembre.)

Ongle. — Du développement de l'ongle humain jusqu'à la naissance, par Curtis. (*Bull. méd. du Nord*, n° 9, p. 336.) — Traitement de l'ongle incarné, par Amiard. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.) — Traitement de l'ongle incarné, par Amat. (*Gaz. méd. de Paris*, 14 décembre.)

Orbite. — Angiome caverneux encapsulé de l'orbite, par Brunschwig. (*Arch. d'opht.*, IX, n° 5.) — Cas de sarcome orbitaire chez des enfants, par Lawford. (*London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.)

Oreille. — Hygiène de l'oreille à l'usage des lycées, collèges et écoles, par Hamon du Fougeray. (In-12, *Paris.*) — L'otiatrie en 1888, par Szeues. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 765.) — De la terminaison du nerf de la cochlée dans l'organe de Corti, par Katz. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 1 et 2.) — Des épithéliums sécréteurs, des humeurs de l'oreille interne, par Boucheron. (*C. Rend. Cong. d'oto Paris*, p. 290.) — Sur le labyrinthe des oiseaux, par Rohrer. (*Ibid.*, p. 99.) — Morphologie des bactéries de l'oreille et de pharynx nasal, par F. Rohrer. (*Zurik.*) — Des bactéries du cérumen, par Rohrer. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 1 et 2.) — Les sensations de mouvement et la fonction de l'oreille interne, par Yves Delage. (*Rev. scientif.*, 16 novembre.) — L'audition chez les fébricitants (diminuée) et la constatation de la surdité unilatérale, par Valentin. (*Corr. Bl. f. schw. Aerzte*, 15 septembre.) — Lacunes de l'ouïe musicale chez les daltoniens, par Albertone. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 618, 15 octobre.) — De l'exploration de l'ouïe à l'aide des consonnes sonores, par O. Wolf, Moos, Barth, Hartmann, Kessel. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1077, 9 décembre.) — Affection de l'oreille dans la parotidite, par Kosegarten. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 2.) — Des maladies d'oreilles chez les diabétiques, par Kuhn. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 1 et 2.) — Des réflexes auriculaires produits par l'accumulation de cérumen, par Herzog. (*Monats. f. Ohrenh.* n° 5.) — Surdité résultant des affections nasales et dentaires, par Goodwillie. (*N. York med. journ.*, p. 205, 24 août.) — Des atrésies acquises

du conduit auditif externe, par POLITZER. (*Ann. des mal. de l'or.*, novembre.) — Du diagnostic et du traitement des obstructions de la trompe d'Eustache, par SUAREZ DE MENDOZA. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Quelques remarques sur le traitement d'une inflammation de l'oreille externe, otite externe circonscrite, furoncle, par ANTON et SZEVES. (*Prager med. Woch.*, n° 33.) — Ecoulement purulent chronique de l'oreille, surdité, guérison par l'excision du tympan et du marteau, par BURNETT. (*Med. News*, 2 novembre.) — Quatre cas d'affection chronique de l'oreille suivie de mort par complication intra-cranienne, par BRISTOWE. (*St Thomas's hosp. Rep.* p. 129, XVIII.) — Des changements pathologiques dans l'attique externe de la cavité tympanique, par POLITZER. (*C. R. Cong. d'otol. Paris*, p. 94.) — Formes variées d'otite moyenne purulente chez les tuberculeux, par BOBONE. (13e *Cong. Assoc. méd. ital. Padoue.*) — Etude statistique sur les abcès cérébraux suite d'otite, par KÖRNER. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 1 et 2.) — Abcès cérébral suite d'otite suppurée, trépanation, évacuation de l'abcès, mort, par IREDELL. (*Austral. med. journ.*, 15 octobre.) — Cas d'otite moyenne suppurée aiguë provoquée par le diplococcus pneumoniae compliquée d'abcès de l'apophyse mastoïde, par ZAUFAL. (*Prag. med. Woch.*, n° 36.) — De l'emploi du naphtol camphré dans le traitement de l'otite moyenne suppurée, par DUMONT. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Traitement local de l'otorrhée avec perforation, par A. MARMADUKE SHEILD. (*Practitioner*, novembre.) — Le salicylate de bismuth dans l'otorrhée, par DELIE. (*C. R. Cong. d'otol. Paris*, p. 120.) — Etude de quelques antiseptiques employés dans l'otorrhée, par RANDOLPH. (*N. York med. Rec.*, 27 juillet.) — De l'emploi de la créoline dans les cas d'otite moyenne suppurée, par G. PURJESZ. (*Pester med. chir. Presse*, n° 11.) — De l'excision du tympan et des osselets comme traitement de l'otorrhée chronique, par WETZEL. (*Inaug. Diss. Halle.*) — Cas d'otite moyenne chronique traitée par l'excision des osselets, par C. J. COLLES. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28, p. 558.)— Traitement d'une forme de vertige par le sulfate de quinine, par BARATOUX. (*Pratique méd.*, 8 octobre.) — Un cas de surdité survenue subitement, guérison, par WINTERNITZ. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, 11.) — Syphilis et surdité, par HERMET. (*C. Rend. Cong. d'otol. Paris*, p. 306.) — Du vertige de Ménière et des canaux demi-circulaires, par STEINER. (*Deut. med. Woch.*, n° 47.) — Sur les lésions de l'organe auditif dans le tabes, par MORPURGO. (*Boll. d. mal. dell'orecchio*, VIII, n° 1.) — De la compression digitale des artères vertébrales pour calmer les bruits vasculaires de l'oreille, par DUNDAS GRANT. (*C. Rend. Cong. d'otol. Paris* p. 295.) — Contribution au traitement de la sclerose auriculaire, par LŒWENBERG. (*C. Rend. Cong. d'otol. Paris*, p. 271.) — De la mobilisation de l'étrier, par MOURE. (*C. R. Cong. d'otol. Paris*, p. 150.) — Des résultats de la trépanation dans les abcès cérébraux suite d'otite, par BRAUN. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 3.) — Rupture du tympan par un soufflet, par LUDEWIG. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 3.) — Hémorragie grave après la paracentèse du tympan par blessure de la veine jugulaire, par LUDEWIG. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 3.) — Trépanation de l'apophyse mastoïde, thrombose du sinus transverse, par ORLOW. (*Deut. med. Woch.*, n° 10.) — La trépanation de l'apophyse mastoïde comme moyen de guérir la douleur dans les otites moyennes avec carie du temporal, par SUNÉ y MOLIST. (*C. Rendus cong. d'otol. Paris*, p. 14.) — Traitement opératoire de la carie de l'apophyse mastoïde, par JACOBY. (*Arch. f. Ohrenh.*, XXIX, 1 et 2.) — Coup sur l'oreille, mort au 8e jour, par HEIMAN. (*Zeit. f. Ohrenh.*, XX, 2.) — Contribution au traitement de la sclérose auriculaire, par LŒWENBERG. (*Rev. de laryng.*, 15 novembre.) — Méthode pour mesurer la mobilité et l'elasticité de l'appareil tympanique, par LŒWENBERG. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Polype muqueux de l'oreille, gangrené à sa

surface et ayant donné lieu à une hémorragie abondante, par Noquet. (*C. Rend. Cong. d'otol. Paris*, p. 422.) — Nouvel injecteur auriculaire avec catheter flexible de la trompe, par Ward Cousins (*Lancet*, 21 décembre.) — Série d'instruments employés dans le service de l'hôpital Saint-Jean pour le traitement des maladies de l'oreille et du nez, par Delstanche. (*C. R. Cong. d'otol. Paris*, p. 102.) — Tympan artificiel en celloïdine, par Katz, (*Deutsche med. Woch.*, 28, p. 559.)

Oreillon. — Albuminurie dans un cas d'oreillons, par Murié. (*Poitou méd.*, décembre.)

Os. — L'épiphyse de l'astragale et l'épiphyse du scaphoïde du pied, par Jaboulay. (*Lyon méd.*, 1er décembre.) — Trois cas d'anomalie de l'apophyse jugulaire de l'occipital, par Bimar. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 38.) — Contribution à l'anatomie du col du fémur, par Lardy. (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 12, p. 369, 15 juin.) — Pigmentation des os, par Pennato. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Périostite suivie d'ostéomyélite, pyohémie, mort, par Hay. (*Med. News*, 10 août.) — De la soi-disant périostite albumineuse, par Vollert. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 352.) — Ostéo-périostite albumineuse, composition du liquide, par Poncet. (*Lyon méd.*, 29 décembre.) — Etiologie de l'ostéomyélite aiguë, par Colzi. (*Sperimentale*, novembre.) — Diagnostic des contusions de la hanche, ostéo myélite des adolescents, par Campenon. (*France méd.*, 5 septembre.) — Sur un cas d'ostéomyélite aiguë chez un adolescent, par Bernacchi. (*Arch. di Ortoped.*, n° 3.) — Ostéo périostite phlegmoneuse, par Poncet. (*Lyon méd.*, 1er décembre.) — Ostéomyélite multiple, résection de la diaphyse du tibia, par Helm. (*Deut. med. Woch*, n° 47.) — Statistique de l'ostéomyélite aiguë spontanée des grands os longs, par Haaga. (*Brun's Beit. zur klin. Chir.*, V, 1.) — Etude de l'ostéomyélite aiguë spontanée des os plats et courts, par Fröhner. (*Ibid.*) — Des résections dans l'ostéomyélite des os longs, par Leguen. (*Gaz. des hôp.*, 14 décembre.) — Ostéomyélite juxta-épiphysaire bipolaire, nécrose diaphysaire totale du cubitus, par Curtillet. (*Province méd.*, 9 novembre.) — Traitement de la carie et de la nécrose, par Wyman. (*N. York med. journ.*, p. 98, 27 juillet.) — Un cas de nécrose phosphorée, par Lauentein. (*Deutsche med. Woch.*, n° 28, p. 567.) — De la nécrose phosphorée, par Hœckel. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 3 et 4.) — Sur quelques difformités osseuses des extrémités inférieures et spécialement du genou et de leur traitement par l'ostéoclasie manuelle, par S. Lo Grasso. (*Sicilia medica*, n° 9, p. 687.) — Du sarcome des extrémités des os longs, par Nasse. (*Arch. f. klin Chir.*, XXXIX, 4.) Exostose fracturée du pubis, par Manley (*Americ. med. Assoc.*, 27 juin.) — De la fermeture des grandes cavités osseuses opératoires, par Luecke et par Kraske. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre.) — Quelques opérations importantes sur les os et les articulations, par Parona. (*Arch. di Ortoped.*, VI, 1 et 2.) — Implantation secondaire d'os; modification de la méthode de Senn, par Deaver. (*Med. News*, 28 décembre.) — De l'ostéomalacie, par Kehrer. (*Deut. med. Woch.*, n° 49.) — Nature parasitaire de l'ostéomalacie, par Kehrer. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre.)

Ovaire. — Modifications physiques et psychiques du corps de la femme après la perte des ovaires ou de l'utérus, par L. Glævecke. (*Leipzig.*) — Des hémorragies de l'ovaire, par Rollin. (*Ann. de gynécol*, novembre.) — Traitement des ovarialgies par la faradisation, par Brœse. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre.) — Mécanismes de migration des tumeurs ovariennes en voie d'accroissement, par H. W. Freund. (*Berlin. klin. Woch.*,

p. 1007, 18 novembre.) — Quelques points du diagnostic des tumeurs ovariennes avec les fibromes utérins, par LEWERS. (*London med. Soc.*, 2 décembre.) — Histologie et genèse des kystes papillaires à cils vibratiles de l'ovaire, par DESIDERIUS V. VELITS (*Zeit. f. Geburts*, XVII, 2.) — Kyste du canal de Wolff, par KLEIN. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 1.) — Vaste gâteau polykystique de l'ovaire gauche, orthopnée, ascite et œdème des membres inférieurs, ovariotomie, adhérences tendineuses, poche hydatiforme, guérison, par BALLENGHIEN. (*Journ. sc. méd. Lille*, n° 49.) — Kyste dermoïde suppuré de l'ovaire, pyo-salpingite, par PINAUD. (*Bull. Soc. anat.*, 8 novembre, p. 564.) — Trois cas de kystes dermoïdes suppurés de l'ovaire ou de la région ovarienne traités par la laparotomie, par CHARLES CULLINGWORTH. (*St-Thomas's Hosp. reports*, p. 139.) — Tumeur de l'ovaire chez une fille de 7 ans, opération guérison, par HAMAKER. (*N. York med. journ.*, p. 288, 14 septembre.) — Tératome de l'ovaire, par KRAMER. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 1.) — Papillome de l'ovaire, ascite, laparotomie, guérison, par LOMER. (*Centr. für Gyn.*, 28 décembre.) — Tumeurs dermoïdes des deux ovaires, par STRONG. (*Boston med. journ.*, 22 août, p. 186.) — Maladie de l'ovaire jusqu'ici non décrite, endothélioma transformé en angiome et en hématome, par DIXON JONES. (*N. York med. journ.*, p. 338, 28 septembre.) — Epithélioma polykystique de l'ovaire gauche, par A. CHIPAULT. (*Bull. Soc. anat.*, 6 décembre, p. 619.) — Complications des tumeurs ovariques, par DOUGLAS. (*N. York med. journ.*, 21 décembre.) — Volumineuse hernie ventrale, consécutive à l'ovariotomie, par HARDIE. (*Med. Chronicle*, avril.) — Les abus de la castration, par PICHEVIN. (*Nouv. Arch. d'obst.*, octobre.) — Rudiment d'une troisième trompe de Fallope visible sur les pièces d'une ovariotomie, par WYDER. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, p. 747, 15 décembre.) — Ovariotomie suivie de guérison, par A. URSO ORTEGA. (*Sicilia medica*, n° 10, p. 789.) — Contribution à l'étude de l'ovariotomie, par ORMIÈRES. (*Thèse Montpellier*, n° 64.) — Accidents et complications qui peuvent survenir après l'ovariotomie, par TERRILLON. (*Progrès médical*, 14 décembre.)

P

Palais. — Paralysie du voile du palais de nature hystérique, par FRIEDRICH MUELLER. (*Charité-Annalen*, XIV, p. 247.) — Papillome de la luette, par FOWLER. (*Hunterian Soc.*, 11 décembre.) — Staphylorraphie et uranoplastie, par BILLROTH. (*Soc. des méd. de Vienne*, 15 mars.)

Paludisme. — Des hématozoaires du paludisme, par LAVERAN. (*Arch. de méd. exp.*, n° 6, novembre.) — Contribution nouvelle à l'étude des plasmodes de la malaria, par CELLI. (*La Riforma medica*, 14 août.) — Sur le cycle évolutif des corps en croissant de Laveran et sur les fièvres malariques irrégulières et pernicieuses qui en dépendent, par CANALIS. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 3.) — Cultures d'un microbe spécial obtenu avec le sang provenant d'un individu frappé de la fièvre des bois du Tonkin (fièvre rémittente bilieuse), par BOINET. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 25.) — Recherches sur l'étiologie de la fièvre intermittente, par WALLIS. (*Hygiea*, n° 51.) — La malaria dans la colonie de Kaiser Wilhelm, par SCHELLONG. (*Deutsche med. Woch.*, n° 35, p. 719.) — Sur les fièvres intermittentes à longs intervalles; fondements de la classification des fièvres malariques, par GOLGI.

(13e *Cong. Assoc. ital., Padoue*, septembre.) — Sur les fièvres paludéennes qui prédominent à Rome en été et en automne, par Marchiafava et Celli. (*La Riforma medica*, 13 septembre.) — Sur le cycle évolutif des formes semilunaires de Laveran et sur les fièvres palustres irrégulières et pernicieuses qui en dépendent, par P. Canalis. (*Ibid.*, 16 octobre.) — Deux nouveaux cas de fièvre palustre expérimentale, par E. Antolisei et A. Angelini. (*Ibid.*, 28 et 30 septembre.) — Une fièvre quarte expérimentale, par T. Gualdi et E. Antolisei. (*Ibid.*, 13 novembre.) — Deux cas de fièvre malariale expérimentale, par Gualdi et Antolisei. (*Bull. Accad. med. di Roma*, n° 6, p. 343.) — La malaria, cause de dégénérescence de la moelle épinière, par Morton Prince. (*American neurol. Assoc.*, juin.) — Des troubles moteurs dans l'impaludisme, par Boinet et Salebert. (*Rev. de méd.*, n° 11.) — De l'aortite chronique et de quelques cas d'origine paludéenne, par F. Collin. (*Thèse Montpellier*, n° 30.) — L'essence d'eucalyptus dans quelques formes de malaria, par Musser. (*Med. News*, 7 décembre.) — De l'antipyrine dans la fièvre palustre, par Prout. (*Americ. journ. of med. sc.*, décembre.)

Pancréas. — Un cas de cancer du pancréas. Un cas d'abcès du foie. Remarques sur l'intervention chirurgicale dans les maladies internes, par Bettelheim. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 181.) — Extirpation du pancréas et diabète, par Lépine. (*Lyon méd.*, 1er décembre.)

Pansement. — Sur un nouveau pansement antiseptique, par Lister. (*Lancet*, 9 novembre.) — Schéma de la méthode du traitement antiseptique des plaies, par Albert Hoffa. (*Stuttgard.*) — Plus de pansements, par Roux. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 771, décembre.) — De l'emploi de la ligature temporaire par transfixion, par Manley (*Intern. journ. of surg.*, p. 275.) — L'éponge antiseptique artificielle de von Pœhl, par Gurlt et Münnich. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1134, 30 décembre.) — Catgut et éponges stérilisés, par Benckiser. (*Cent. für Gyn.*, XXXI, 3 août.) — Méthode simple et parfaite de rendre les instruments et les pansements aseptiques, par Roberts. (*Philad. Acad. of surg.*, 7 octobre.) — Asepsie des seringues Pravaz, par Poncet. (*Lyon méd.*, 22 décembre.) — Asepsie des diverses variétés de sondes, de cathéters, par Poncet. (*Lyon méd.*, 29 décembre.) — Le vêtement aseptique, par Rollius. (*N. York med. journ.*, p. 260, 7 septembre.) — Utilisation de l'étuve de Koch pour stériliser les pièces de pansement, par Hugo Davidsohn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 956, 4 novembre.) — Revue sur la valeur antiseptique de l'iodoforme, par H. R. et J. R. (*Marseille médical*, n° 10, p. 602.) — La créoline dans la pratique de campagne, par Schlesinger. (*Wiener med. Presse*, n° 36.) — Le bioxyde d'oxygène en chirurgie, par Morton. (*Med. News*, 28 décembre.)

Paralysie. — Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial ou paralysie Duchenne-Erb consécutive à une dysenterie, par Perret. (*Lyon méd.*, 1er décembre.) — Deux cas de paralysie récidivante du moteur oculaire commun, par M. Bernhardt. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1010, 25 novembre.) — Un cas de paralysie nucléaire des muscles de l'œil, par M. Bernhardt. (*Ibid.*, p. 1009, 25 novembre.) — Cinq cas de paralysie récidivante du facial, par M. Bernhardt. (*Ibid.*, p. 1011, 25 novembre.) — Paralysie spinale temporaire avec manifestations cérébrales. Guérison rapide. Paralysie du grand sympathique. Contracture hystérique du medius droit, par V. Hösslin. (*Münch. med. Woch.*, 10 septembre, p. 634.) — Présentation d'un malade atteint de paralysie pseudo-hypertrophique, par Henoch. (*Berl. klin. Woch.*, p. 1118, 23 décembre.) — Sur trois cas de paralysie glosso-labio-laryngée, par Moty. (*Gaz. des hôp.*, 10 décembre.) — La paralysie

spinale atrophique infantile, par COLELLA. (*Giorn. Assoc. dei natur.*, *Naples*, I, 1 et 2.)

Paralysie agitante. — Recherches sur l'excrétion urinaire dans la paralysie agitante. Contribution à l'étude de l'élimination de l'acide phosphorique et du phosphore incomplètement oxydé, dans ses rapports avec l'excrétion uréique, par MOSSÉ et BANAL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, nos 35 et 49.)

Paralysie générale. — Etude clinique et statistique sur la paralysie progressive chez la femme, par SIEMERLING. (*Arch. de neurol.*, juillet, p. 299.) — Migraine ophtalmique et paralysie générale, par BLOCQ. (*Arch. de neurol.*, novembre.) — Sur les idés de persécution dans la paralysie générale, par THOORIS. (*Thèse de Paris*, 26 décembre.) — Des troubles moteurs dans la paralysie générale, par LEMOINE. (*Gaz. méd.*, *Paris*, 2 nov.) — Des lésions histologiques dans la paralysie générale des aliénés, par KLIPPEL. (*Bull. Soc. anat.*, 13 décembre, p. 635.) — Démence paralytique ou paralysie générale, par KRAFFT-EBING. (*Wiener med. Presse*, n° 47.) — Des injections sous-cutanées d'ergotinine dans le traitement des attaques épileptiformes et apoplectiformes de la paralysie générale et des affections chroniques du cerveau, par CHRISTIAN. (*Soc. méd. psychol.*, 25 novembre.)

Parole. — Essai de classification des troubles de la parole, par CHERVIN. (*C. R. Cong. d'otol.*, *Paris*, p. 43.)

Parotide. — Sur une tumeur de la parotide, par CAMPENON. (*France méd.*, 10 septembre.)

Pathologie. — Leçons élémentaires de clinique médicale, par CAUBET. (In-8°, *Toulouse*.) — Des difficultés du diagnostic, par J. MITCHELL BRUCE. (*Practitioner*, octobre.)

Paupière. — Des paupières rudimentaires chez l'homme, par LARCHER. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Blépharospasme bilatéral avec strabisme divergent, par LESZYNSKY. (*N. York med. journ.*, 18 mai.) — Traitement du symblépharon, par TWEEDY. (*Opht. Soc. of unit. Kingdom*, 12 décembre.) — Traitement de l'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure, par TWEEDY. (*Opht. Soc. of. unit. Kingdom*, 12 décembre.) — Deux nouvelles opérations de blépharoplastie par la méthode italienne modifiée, par PAUL BERGER. (*France méd.*, 19 octobre.)

Peau. — Les maladies de la peau dans l'enfance et l'âge tendre, par CAMPBELL. (*Londres*.) — Le premier trimestre de la clinique dermo-syphilopathique de Pise, par DEL CHIAPPA. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 3.) — Traité descriptif des maladies de la peau, symptomatologie et anatomie pathologique, par LELOIR et VIDAL. 1re liv. Achromie, acné, etc. (In-8°, 92 pages, *Paris*.) — Des affections séborréiques et de leurs rapports avec quelques anomalies de la peau, par BROOKE. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, 12.) — Dermatite herpétiforme de Duhring, par VIDAL. (*Ann. de derm.*, X, n° 11.) — Dermatite herpétiforme de Duhring, par THIBIERGE. (*Ibid.*, X, n° 18, p. 796.) — Dermatite bulleuse, par HALLOPEAU. (*Ibid.*, p. 801.) — Affection cutanée présentant les caractères de la dermatite herpétiforme de Duhring, par MIBELLI. (*Giorn. ital. d. mal. Vener.*, XXIV, 3.) — D'une nouvelle forme de kératose, angiokératome, par MIBELLI. (*Ibid.*, XXIV, 3.) — Dermite hydrargyrique consécutive à des frictions et à des bains au sublimé ordonnés comme traitement d'un pityriasis rose de Gibert. Dermite ayant simulé, par sa localisation partielle au système pileux, une forme de pityriasis rubra-pilaire, par WICKHAM. (*Ann. de dermat.*, X,

n° 11.) — Dermatite bulleuse chez un malade atteint de paralysie agitante, par FOURNIER. (*Ibid.*, X, n° 11.) — Sur l'œdème aigu circonscrit de la peau, par COURTOIS-SUFFIT. (*Ibid.*, X, n° 11.) — Dermatite papillaire, par HEITZMANN. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Des démangeaisons apparaissant sans lésions cutanées; démangeaisons d'origine nerveuse en particulier, par BOURSIAC. (*Thèse de Bordeaux.*) — De la soi-disant tuberculose verruqueuse de la peau, par FEILCHENFELD. (*Inaug. Diss. Berlin.*) — De quelques médicaments nouveaux employés dans les maladies de la peau, par JUMON. (*France médic.*, 13 août.) — Thérapeutique dermatologique, par SHERWELL. (*N. York med. journ.*, p. 431, 19 octobre.) — Formules de la clinique d'Unna, par MIELCK. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, 1.) — Arsenic dans les maladies de la peau, par EPSTEIN. (*Münch. med. Woch.*, 1er octobre, p. 696.) — Sur un nouveau micro-cautère et son emploi dans l'acné et autres maladies de la peau, par UNNA. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 1.) — De la puissance dermato-thérapeutique d'un nouveau composé, iodé de l'aristol, par EICHHOFF. (*Monats. f. prakt. Derm.*, X, 2.)

Pellagre. — Recherches anatomo-pathologiques et bactériologiques sur le typhus pellagreux, par V. MARCHI. (*Riv. sper. di fren.*, XIV, 3 et 4.)

Pemphigus. — Rechute de pemphigus foliacé après onze ans, par SHERWELL. (*Journ. of cutan. dis.*, décembre.) — Pemphigus aigu généralisé, par PAUL FABRE. (*Gaz. méd. Paris*, 26 octobre.) — Sur le pemphigus des voie saériennes supérieures, par ZWILLINGER. (*Pester med. Presse*, n° 15.) — Pemphigus aigu épidémique, par D'HAENENS. (*La Clinique*, n° 40.)

Périnée. — Traitement de certaines déchirures du périnée, par PUECH. (*Montpellier médic.*, août.) — Opération de Tait pour les déchirures du périnée, par MACPHATTER. (*Amer. Journ. of. obst.*, novembre.) — De l'application des principes de la perinéorraphie à lambeaux à l'opération de l'ectropion par déchirure, par KLEINWAECHTER. (*Zeit. f. Geburts.*, XVII, 2.)

Péritoine. — Recherches sur la soudure des feuillets de l'épiploon humain, par BARABAN. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 21, p. 652.) — Péritonite chronique avec notes sur le diagnostic différentiel de quelques variétés, par JACOBI. (*N. York Acad. of med.*, 15 octobre.) — Existe-t-il une péritonite chronique exsudative idiopathique, par G. MOLINARI. (*La Riforma medica*, 31 août et 2 septembre.) — Etiologie et traitement chirurgical de la péritonite septique, par REICHEL. (*Wurtzbourg.*) — Etiologie de la péritonite septique, par BUMM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre.) — Peritonite aiguë suppurée consécutive à une vaginite catarrhale, par HULER. (*N. York med. Record.*, 12 octobre.) — Péritonite aiguë suppurée consécutive à un catarrhe vulvo-vaginal chez une enfant de 7 ans, par F. HUBER. — (*Boston med. journ.*, 24 octobre, p. 413.) — Péritonite purulente avec perforation de l'appendice vermiculaire, par MEIGS. (*Med. News*, 23 novembre.) — Peritonite aiguë généralisée à la suite d'une perforation de l'appendice iléo-cæcal, laparotomie, résection de l'appendice, par SCHÜLLER. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 4.) — Coexistence d'un étranglement interne et d'une nevralgie obturatrice faisant croire à une hernie obturatrice étranglée. Laparotomie décelant une péritonite suppurée aiguë; guérison, par KRŒNLEIN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 967, 4 novembre.) — Du traitement opératoire de la péritonite par perforation, par MIKULICZ. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 4.) — Anatomie pathologique de la peritonite tuberculeuse d'après 64 laparotomies, par SCHMALMACK. (*Inaug. Diss. Kiel.*) — De la péritonite tuberculeuse chronique, par VIERORDT. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 905, 14 octobre.) — De la laparotomie dans la péritonite tuber-

culeuse, par Löhlein. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 643.) — Deux nouveaux faits de laparotomie pour péritonite tuberculeuse, par M. Schmidt. (*Centr. für Gyn.*, 10 août.) — Extirpation d'un kyste du mésentère; guérison, par Rubeska. (*Cent. für Gyn.*, 7 décembre.) — Considérations sur la genèse d'une singulière tumeur kystique du péritoine, par A. Viti. (*La Riforma medica*, 9 août.) — Des kystes gazeux multiples du péritoine, par von Zenker. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 944, 28 octobre.)

Peptone. — De l'action toxique des peptones, par Wertheimer. (*Bull. méd. du Nord*, n° 13, p. 444.)

Pharmacologie. — Plantes vénéneuses et poisons végétaux, par J.-J. Hefti. (*Schwanden.*) — La solanine et la solanidine, par M. Perles. (*Gekrænte Preisschrift, Leipzig.*) — Recherches sur le poison du fugu (poisson japonais), par D. Tahashi et J. Inoko. (*Centrbl. f. d. med. Wissenschatten*, n°s 29 et 49.) — Action biologique du jéquirity, par J.-B. Colpi. (*Il Morgagni*, décembre.) — Méthode pour reconnaître les falsifications du safran par les matières colorantes dérivées du goudron, par G. Musso et C. Revelli. (*Giornale della R. Accad. di medic. di Torino*, août.) — Action anesthésiante locale de l'ouabaïne et de la strophantine, par Gley. (*C. R. Soc. biologie*, 9 novembre.) — Action diurétique de la théobromine, par Von Schrœder. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 906, 14 octobre.) — Procédé pour déterminer la proportion de substances tanniques dans le thé, par Maltchewski. (*Thèse de Saint Pétersbourg.*) — Etude physiologique de l'essence de muscade, par Cadéac et Meunier. (*Province méd.*, 28 décembre.) — Sur l'essence de Wintergreen, par Cadéac et Meunier. (*Lyon méd.*, 29 décembre.) — Contribution à l'histoire chimique et physiologique de la morphine, par Lamal. (*Annales de la Soc. de méd. d'Anvers*, p. 115, juillet.) — Action de la morphine, de la codéine et de la thébaïne sur le cœur de la grenouille, par Sergi Trombetta. (*Sicilia medica*, n° 10, p. 805.) — Etude physiologique de l'essence de basilic, par Cadéac et Meunier. (*Lyon méd.*, 8 decembre.) — L'action de la cocaïne sur la température animale, par T. Reichert. (*The Univ. med. magaz.*) — Sur deux sucres nouveaux retirés du quebracho, par Tanret. (*Acad. des Sc.*, 9 décembre.) — Esprit d'éther nitreux, par Painter. (*N. York med. journ.*, p. 518, 11 mai.) — Effets narcotiques de l'hydroxylamine et du nitrite de sodium, par Benz. (*Archiv f. pathol. Anat.* CXVIII, Heft, 1.) — De la pyrodine, par Renvers. (*Deut. med. Woch.*, n° 47.) — De l'action antithermique de la pyrodine, par Martini et Bagnacci. (*Progresso med.*, 15 décembre, et *Riforma med.*, 5 septembre.) — Pyrodine ou acéthylphényldracine, par Paul Ziegler. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 363.) — Action de la phénacétine sur l'élimination de l'urée et sur le pouls, par Florioli della Lena. (13e *Cong. Assoc. ital.*, *Padoue*, septembre.) — Sur les effets physiologiques des sels d'urane, par Chittenden et Lambert. (*Zeit. f. Biol.*, p. 513.) — Sur un nouvel hypnotique, le chloralamide, par Chouppe. (*Bull. méd.*, 22 décembre.) — Le chloralamide, nouveau soporifique, par Reichmann. (*Deut. med. Woch.*, n° 31, p. 624.) — Le chloramide, médicament soporifique nouveau, par Peiper. (*Deut. med. Woch.*, n° 32, p. 644.) — Action du chloralamide et du somnal, par Robinson. (*Deut. med. Woch.*, n° 49.) — Le somnal, nouvel hypnotique, par Radlauer (*Zeit. d. apoth. Verein.*, 10 novembre.) — Influence de l'uréthane, de l'antifébrine et de l'antipyrine sur la destruction de l'albumine, par R.-H. Chittenden. (*Zeitschrift f. Biologie.* p. 496, 1888.) — Sur l'action réciproque entre le peroxyde d'hydrogène et différentes variétés de protoplasma, par P. Bergengrün. (*Diss. Inaug.*, *Dorpat.*) — Sur l'action des acides gras et des savons dans l'organisme, par Immanuel Munk. (*Central. f. d. med. Wiss.*, p. 514.

— Recherches physiologiques sur l'acide cyanhydrique, par N. Gréhant. (*C. R. Soc. biologie*, 5 octobre.) — Action de l'acide salicylique sur l'utérus, par Linhart. (*Wiener med. Presse*, n° 49.) — Toxicité relative des acides oxalique, malonique, succinique, par Heymans. (*Archiv für Anat. und Physiol.*, p. 168.) — Notes de pharmacie pratique. Essai, purification, préparation des iodures alcalins, par Gay. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 26.) — Valeur antiseptique de quelques corps et spécialement des sels de mercure, par Behring. (*Deutsche med. Woch.*, n° 41, p. 837.) — De l'élimination du mercure suivant ses modes d'emploi, par Winternitz. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, n° 6.)

Pharynx. — La bourse pharyngienne ou de Luschka, recherches anatomiques, par Potiquet. (*Rev. de laryng.*, 15 décembre.) — Expériences sur la durée des mouvements de déglutition, par Kronecker et Gerber. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 20, p. 610, 15 octobre.) — Maladies chroniques des voies aériennes supérieures, par Daly. (*N. York med. journ.*, p. 176, 17 août.) — Œdème septique des voies aériennes supérieures, par Glasgow. (*N. York med. journ.*, p. 150, 10 août.) — De la paresthésie pharyngée, par Brebion. (*C. R. Cong. d'otol., Paris*, p. 409.) — Corps imaginaires dans la gorge, par Thorner. (*Med. News*, 16 novembre.) — Signification des perforations des piliers antérieurs, par Fowler. (*Lancet*, 30 novembre.) — Pharyngite chronique, par Wolff. (*Monats. f. Ohrenh.*, XXIII, n° 11.) — Catarrhe de la bourse pharyngée, par Bronner. (*Leeds and West riding. med. chir. Soc.*, 1er novembre.) — Le traitement actuel de la pharyngite chronique, par E. Kafemann. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 40, p. 880, 7 octobre.) — Végétations adénoïdes et surdi-mutité, par Lavrand (*C. Rend. Cong. d'otol., Paris*, p. 297.) — Hypertrophie aiguë et chronique du tissu adénoïde du pharynx, par Delavan. (*N. York med. journ.*, p. 393, 12 octobre.)

Pied. — Le traitement du pied bot; ablation de l'astragale dans le varus équin, par Morton. (*Philad. Acad. of surg.*, 7 octobre.) — Pied bot varus équin hystérique, par Shaffer. (*Boston med. journ.*, 19 septembre, p. 280.) — Pied bot varus; tarsectomie, par Tillaux. (*Gaz. hebd. de méd.*, 27 décembre.) — Extirpation de l'astragale pour le pied équin varus, par Morton. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 novembre.) — Pied plat extrême, opération, guérison, par Hare. (*Lancet*, 9 novembre.) — Traitement du pied plat par l'ostéotomie linéaire du tibia au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, par Hahn. (*Cent. f. Chir.*, n° 29.) — De l'operation du pied plat, par Trendelenburg. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 4.) — De la déviation du gros orteil, par Makins. (*S.-Thomas's Hosp. Reports*, p. 39.) — Le traitement de la tuberculose des os du pied, par Forgue. (*Gaz. des hôp.*, 19 novembre.) — Sarcome du pied, par Rivington. (*Hunterian Soc.*, 11 décembre.)

Pityriasis. — Histologie du pityriasis rubra, par Tommasoli. (*Giorn. d. mal. vener.*, XXIV, 4.) — Pityriasis rosé de Gibert, par Fournier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 11.) — Pityriasis rubra pilaire, par Hallopeau. (*Ibid.*, X, n° 11.)

Placenta. — Influence des états morbides de la caduque inter-utéro-placentaire sur la nutrition du fœtus, par Hofmeier. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 944, 28 octobre.) — Le placenta de l'inuus nemestrinus, par W. Waldeyer. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences de Berlin*, 11 juillet.) — Pathogénie de l'infarctus blanc du placenta (dégénération de la caduque), par Steffeck. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 944, 28 octobre.) — Ré-

tention placentaire complète avec adhérences ; septicémie ; curage; écouvillonnage et tamponnement utérins ; guérison, par BARNAY et ROLAND. (*Loire médic.*, 15 décembre.) — De la rétention du placenta, par DE ARMAS. (*Thèse Montpellier*, n° 66.) — Pathogénie du placenta prævia, par KALTENBACH. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 1.)

Plaie. — Quatre cas de plaies par armes à feu, par MANLEY. (*Med. News*, 16 novembre.)

Plèvre. — Des exsudats sous phréniques jaune d'ocre, par LEYDEN. (*Deut. med. Woch.*, n° 46.) — Pleurésie séreuse gauche ; granulie aiguë. Perforation intestinale; mort; autopsie, par SABRAZÈS. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 1er décembre.) — Épanchement pleurétique ayant pour cause l'anévrisme de l'aorte, par REGNAULT. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 24.) — Des applications de la méthode antiseptique au traitement des maladies de la plèvre, par BARBIER. (*Gaz. méd. Paris*, 28 décembre.) — Pleurésie tuberculeuse chronique avec intégrité du poumon, par PILLIET. (*Bull. Soc. anat.*, 15 novembre, p. 575.) — Pleurésie hémorragique; cancer de la plèvre consécutif à un épithélioma du nez opéré avec succès cinq ans auparavant, par FÉRÉOL. (*Soc. méd. des hôpit.*, 11 octobre.) — Abcès extra-pleural simulant l'empyème, par SMITH. (*Roy. Acad. of med. in Ireland*, 13 décembre.) — Des pleurésies purulentes à pneumocoques, par JACCOUD. (*Gaz. des hôpit.*, 24 décembre.) — De la pleurésie purulente, découverte d'un microbe, par CASSEDEBAT. (*C. R. Soc. de biol.*, 27 juillet.) — Pleurésie purulente pneumonique; vomiques ; ponction ; guérison, par BRUNON. (*La Normandie médic.*, 1er novembre.) — Remarques sur la marche naturelle et sur le traitement de la pleurésie purulente, par KIENER. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 44.) — De l'empyème, par DUBRUEIL. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 46.) — Un cas d'empyème, par SWARTWOUT. (*New York med. journ.*, p. 459, 26 octobre.) — Du traitement opératoire des épanchements séreux et purulents de la plèvre, par WOTRUBA. (*Wiener med. Presse*, n° 49.) — Notes sur 50 cas d'empyème, par GRIFFITH. (*Med. chronicle*, mars.) — Deux cas d'empyème double, par M. FR. HUBER. (*Boston med. journ.*, 18 octobre, p. 393.) — Un cas d'empyème gangreneux interlobaire, par CHAUFFARD. (*Bull. méd.*, 11 décembre.) — Synostose des côtes comme complication de l'empyème, par BARRETT. (*Brit. med. journ.*, 23 novembre.)

Poumon. — Thermopalpation, par BENEZUR et JONAS. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 19.) — L'œdème fugace, signe d'une complication pneumonique dans les maladies aiguës, par STEMBO. (*Berlin. klin. Woch.*, 7 octobre.) — Un état particulier du poumon, par PEYRE PORCHER. (*New York med. Record.*, p. 421, 19 octobre.) — Le microcoque pyogène tenuis est-il identique au pneumocoque? par H. NEUMANN. (*Cent. f. Bakteriol.*, VII, 6.) — La pneumonie, maladie microbienne et contagieuse, par CASTAN. (*Montpellier méd.*, 17 juin.) — Recherches sur la pneumonie, par MINOSSI. (2e *Cong. Soc. ital. de méd. Rome*, 15 octobre.) — Etat de la question de l'étiologie de la pneumonie, par CANFIELD. (*Maryland med. journ.*, n° 21.) — De l'étiologie de la pneumonie aiguë croupale, par JAKOWSKI. (*Zeit. f. Hyg.*, VII, 2.) — Forme infectieuse de la pneumonie fibrineuse, par OSTHOFF. (*Münch. med. Woch.*, 17 décembre, p. 895.) — De la pneumonie croupale, par B. WINTSON. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 12 octobre, p. 534.) — La pneumonie des paralytiques et la dégénération des nerfs vagues, par L. BIANCHI. (*La Psichiatria*, VII, fasc. 1.) — Pneumonie franche du sommet d'origine traumatique, par SOKOLOWSKI. (*Berl. klin. Woch.*, 30 septembre.) — De la résolution tardive de la pneumonie, par CIMBALI. (2e *Cong. Soc. ital. de méd. Rome*, 15 octobre.) — Parotidite

double à la suite de pneumonie, par Testi. (*Ibid.*, 15 octobre.) — Endocardite ulcéreuse produite par le diplocoque pneumonique, par O. Tombolan-Fava. (*La Riforma medica*, 30 juillet.) — Sur la spléno-pneumonie, par G. Filippi. (*Ibid.*, 16 et 17 août.) — De la pneumonie bronchique, non tuberculeuse, dans le poumon adulte, par Satterthwaite. (*Brit. med. journ.*, 7 décembre.) — Pneumonie chronique pleurogène, par Lautier. (*Bull. Soc. anat.*, 22 novembre, p. 587.) — Etude sur l'œdème pulmonaire aigu généralisé, par Grossmann. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVI, 3 et 4.) — Expectoration d'épithelium alvéolaire pigmenté dans l'induration brune des poumons liée à des affections cardiaques, par Sommerbrodt. (*Berl. klin. Woch.*, 26 novembre.) — De l'étiologie de la gangrène pulmonaire, par Hirschler et Terray. (*Orvosi hetilap*, n° 50.) — Appareil pour l'emploi de l'air raréfié ou comprimé ; notes sur le traitement à domicile des affections pulmonaires, par Solis Cohen. (*N. York med. journ.*, 23 novembre.) — Du pneumothorax, par Ewart. (*Med. Soc. of London*, 11 novembre.) — Pneumothorax survenu dans le cours d'un accès d'asthme et guéri par la thoracentèse, par Troisier. (*Soc. méd. des hôpit.*, 25 octobre.) — Du pneumothorax par emphysème et par efforts violents, par Zahn. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 944, 28 octobre.) — Un cas d'hydro-pneumothorax, par Nicolas. (*Dauphiné médic.*, 1er décembre.) — Du mécanisme de la respiration dans le pneumo-thorax ouvert, par Sehrwald. (*Deut. med. Woch.*, n° 34, p. 690.)

Phlegmon. — Du traitement du phlegmon diffus, par Morlat. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Phlegmon diffus du membre supérieur rapidement mortel malgré la désarticulation de l'épaule; examen bactériologique (staphylocoques pyogenes), par A. Kottmann. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, p. 737, 15 décembre.)

Prostate. — Traitement des prostatiques, par Guyon. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.) — Un cas de prostatite suppurée, par E. Estor. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 26.) — Calcul de la prostate, par Gerster. (*Intern. Journ. of surg.*, octobre, p. 233.)

Psychose. — De l'échomatisme, essai de pathogénie psycho-physiologique, par Sigaud. (*Thèse de Lyon*, n° 493.) — Les sens dans un cours de psychologie, par Turner. (*Mind*, octobre.) — L'influence de l'esprit sur le corps, par Corning. (*New York med. journ.*, p. 481, 4 mai.) — Sur une forme des maladies de la mémoire, par Korsakoff. (*Rev. philos. de la France*, XIV, nos 10 et 11.) — Des psychoses suite d'opérations sur les yeux, par Frankl Hochwart. (*Jahrb. f. Psych.*, IX, 1 et 2.) — Des psychoses par tétanie, par le même. (*Ibid.*) — Troubles psychiques post-opératoires, par Dufournier. (*Arch. gén. de méd.*, décembre.) — Un cas de psychose réflexe traumatique, par Thomson. (*Arch. de neurol.*, juillet, p. 296.) — Début brusque d'une psychose chez un soldat. Attaques injustifiées contre des supérieurs. Probablement hallucinations aiguës, par Siemerling. (*Charité-Annalen*, p. 434.)

Psoriasis. — Psoriasis rubra exfoliant, par Besnier. (*Ann. de dermat.*, X, n° 10, p. 788.) — Psoriasis et arsenic, par Destot. (*Lyon méd.*, 1er décembre.) — Traitement du psoriasis vulgaire, par l'iodure de potassium, par Gutteling. (*Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde*, n° 17.)

Puerpéral (état). — Recherches bactériologiques sur les lochies normales, par Thomen. (*Arch. für Gyn.*, XXXVI, 2.) — Recherches microscopiques et bactériologiques sur les lochies, par Artemieff. (*Zeit. f. Geburts*, XVII, 2.) — Pathogénie et prophylaxie de la fièvre puerpérale, par Peter. (*Bull. méd.*, 8 décembre.) — La fièvre puerpérale pendant la grossesse,

par P. Müller. (*Corresp.-Blatt f. schweizer Aerzte*, n° 22, p. 689, 15 novembre.) — Fièvre puerpérale, par Shollenberger. (*Denver med. Times*, n° 9.) — Fièvre puerpérale, source possible de contagion, par Pedley. (*Lancet*, 21 décembre.) — Etiologie et prophylaxie de l'infection puerpérale, par Tucker Harrison. (*Journ. of. Amer. Assoc.*, 12 octobre, p. 539.) — De l'alcool dans le traitement de la fièvre puerpérale, par A. Martin. (*Berliner klinik*, 16e fascicule.) — Traitement d'un cas de fièvre puerpérale par la méthode d'Edgar Kurz, par Gusbeth. (*Wien. med. Presse*, n° 41, p. 1611.)

Purpura. — Un cas de purpura, par Baerwindt. (*Deut. med. Woch.*, n° 48.) — Du purpura, par Dusch. (*Deut. med. Woch.*, n° 45.) — Purpura infectieux, par Deschamps. (*Bull. Soc. anat.*, 15 novembre, p. 584.)

Pyohémie. — Curabilité de la pyémie, par Rose. (*Deut. med. Woch.*, n° 24.)

R

Rachis. — Sur les variétés numériques vertébro-costales chez l'homme, par Tenchini. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Etudes cliniques sur les courbures physiologiques du rachis dans la scoliose, par Schulthers. (*Cent. f. orthop. Chir. und Mechanik*, n° 9) — Des déviations du rachis dans leurs rapports avec la névropathie héréditaire, par Landois. (*Thèse de Paris*, 4 décembre.) — Scoliose latérale, affection de la hanche, par Ashhurst. (*Med. News*, 16 novembre.) — Des déformations angulaires de la colonne vertébrale, par G. H. Taylor. (*N. York med. journ.*, p. 201, 24 août, et p. 367, 5 oct.) — Pathologie de la scoliose, par L. Seeger. (*Wien. med. Presse*, n° 37, p. 1414.) — Courbure angulaire de la colonne vertébrale, par Taylor. (*N. York med. journ.*, 4 mai.) — Traitement de la scoliose habituelle, par Jaffé. (*Samml. klin. Vorträge*, n° 348.) — Fistule cutanéo-bronchique dans un cas de mal vertébral postérieur, par Aldibert. (*Rev. mens. mal. de l'enf.*, juin.) — Chirurgie des fractures de la colonne vertébrale, par K. Bager. (*Prag. med Woch.*, n° 20.) — Ostéosarcome du rachis, par Billings. (*Med. News*, 16 novembre.) — Tératome de la région sacrée, par E. Salvia. (*La Riforma medica*, 5 octobre.) — Le cancer du rachis, par Eug. Frænkel. (*Deut. med. Woch.*, n° 38, p. 779.)

Rachitisme. — Quels rapports peuvent exister entre le rachitisme et la syphilis, par Gibert. (In-8°, *le Havre*.) — Etude sur l'action des doses minimes de phosphore dans le rachitisme, par Mandelstamm. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 4.)

Rage. — Cas mortel de rage, par Owen. (*Lancet*, 9 novembre.) — Contribution à l'étude séméiologique et pathogénique de la rage, par Ferré. (*Annales Institut Pasteur*, novembre.) — Epidémie de rage sur les daims, par Adami. (*Ibid.*, 25 décembre.) — Virulence de l'humeur aqueuse chez les animaux rabiques, par E. Baquis. (*La Riforma medica*, 27 septembre.)

Rate. — Ablation de la rate, par Hatch. (*Lancet*, 23 novembre.)

Rectum. — Rétrécissements congénitaux de la partie supérieure du rectum, par Sabatier. (*Thèse Montpellier*, n° 6.) — La chute du rectum ; son anatomie, ses causes, son traitement, avec quelques remarques sur l'anatomie normale du rectum chez l'homme et le cheval, par Rudolf Fischl. (*Zeitschrift für Heilkunde*, X, p. 164.) — Prolapsus du rectum chez l'adulte ;

traitement par les pointes de feu, guérison, par Dumas. (*Gaz. hebd. Montpellier,* n° 51.) — Du traitement des imperforations ano-rectales, de la conduite à tenir dans le cas où l'on ne peut atteindre l'ampoule rectale par le périnée, par Ducuron. (*Thèse de Bordeaux.*) — Sur l'incision parasacrée et pararectale pour la découverte du rectum, de l'utérus et du vagin, par A. Wœlfler. (*Wien. klin. Woch.,* n° 15.) — Notice sur la découverte des organes pelviens, par G. Zuckerkandl. (*Ibid.*, n° 14.) — Discussion sur le traitement du cancer du rectum, par Marsh, Cripps, Banks, etc. (*Brit. med. assoc. ; Brit. med. journ.*, 12 octobre.) — Du cancer du rectum au point de vue des interventions chirurgicales, par Audain. (*Tribune méd.*, 26 décembre.) — Traitement du cancer du rectum, par Jessop. (*Brit. med. journ.*, p. 405, août.) — Traitement des cancers du rectum, par Reclus. (*Semaine med.*, 11 décembre.) — Cancer du rectum, resection par la voie sacrée, par Routier. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Du cancer du rectum comme indication de l'accouchement prématuré artificiel, et comme cause d'infection puerpérale, par Lœhlein. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 1.) — De l'extirpation du rectum par la voie sacrée, par Bœckel. (*Bull. méd.*, 4 décembre.)

Rein. — Contribution à la physiologie de la sécrétion rénale, par A. Schmidt. (*Thèse inaugurale, Bonn.*) — Sur le maintien d'une canule dans l'uretère d'un chien, par Lépine. (*Arch. de méd. exp.*, n° 6, novembre.) — Des dépôts microscopiques de l'urine comme indice diagnostique de la néphrite parenchymateuse, par Fede. (*Giorn. Assoc. dei natur. Naples,* I, 1 et 2.) — Nos connaissances actuelles sur les reins dans les maladies infectieuses, par Ribbert. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 805.) — Les dernières recherches sur le mal de Bright, par L. Greffier. (*France méd.*, 29 octobre.) — Pathogénie et nature du mal de Bright, par Le Gendre. (*Union médicale*, 7 novembre.) — Histologie de la maladie de Bright, par Crooke. (*Brit. med. journ.*, 7 décembre.) — Des classifications des néphrites, par Bard. (*Province méd.*, 28 septembre.) — Plusieurs cas de néphrite sans albumine, par Billaux. (*Journ. sc. méd. Lille*, 20 décembre.) — Etude des éruptions brightiques, par Chartier. (*Thèse de Paris*, 5 décembre.) — Hématurie persistante, guérison, par Pope. (*Lancet,* 28 décembre.) — Mal de Bright, thrombus blanc du cœur, infarctus du poumon, urémie dyspnéique et granulie pulmonaire, par Souques. (*Bull. Soc. anat.*, 13 décembre, p. 631.) — Rein congloméré, par Rey. (*Gaz. hebdom. Montpellier*, n° 24.) — De l'endartérite chronique (du mal de Bright), par Arthur Meigs. (*New York med. Record*, p. 197, 24 août.) — Hydronéphrose intermittente, établissement d'une fistule rénale, par R. Kœhler. (*Charité-Annalen*, XIV *Jahrg.*, p. 596.) — Hydronéphrose double chez un ataxique, par Pilliet. (*Bull. Soc. anat.*, 20 décembre, p. 664.) — L'action du zinc sur les reins, par Helpup. (*Deutsche med. Woch.*, n° 38, p. 782.) — Recherches sur l'élimination de l acide borique employé comme antiseptique; son influence délétère sur les reins, par Plaut. (*Dissertat. inaug. Wurzbourg.*) — Note sur un cas d adénome du rein, par Souques. (*Bull. Soc. anat.*, 6 décembre, p. 615.) — Adénomes multiples des reins, gastrite alcoolique, par A. Pilliet. (*Ibid.*, 25 octobre, p. 540.) — Epithélioma du rein, généralisation, par G. Barrié. (*Ibid.*, 22 novembre, p. 599.) — Abcès périnéphrique ayant envahi le rein droit, consécutivement à une chute, par Tison. (*Ibid.*, 29 novembre, p. 606.) — Pyonéphrose et fistules rénales, diagnostic et traitement, par Tuffier. (*Semaine méd.*, 18 décembre.) — Traitement de quelques formes de suppuration chronique du rein par la ponction périnéale et le drainage, par Harrison. (*Lancet,* 7 décembre.) — Néphrolithotomie sur un rein non suppuré, suture du parenchyme rénal, réunion immediate, guérison en vingt jours, par Le Dentu. (*Ann. mal. org. gén. urin.*, décembre.) — Dé-

générescence kystique des reins, par LOVELAND. (*N. York med. Journ.*, p. 659, 15 juin.) — Rein kystique, cancer ano-rectal, par SEGOND. (*France méd.*, 17 septembre.) — De la néphrorraphie, par SEGOND. (*France méd.*, 21 septembre.) — Calcul du rein, par MC COSH. (*Intern. journ. of Surg.*, octobre, p. 235.) — Opérations sur les reins, par HERCZEL. (*Wien. med. Presse*, n° 42, p. 1641.) — De la chirurgie des reins, par THORNTON. (*Lancet*, 30 novembre.) — Extirpation des reins, par ANGERER. (*Münch. med. Woch.*, 7 octobre, p. 696.)

Résection. — Adaptation fonctionnelle des muscles et des tendons à la suite des résections, par CHAINTRE. (*Thèse de Lyon*, n° 495.) — Résection de la tête et du col de l'humérus pour un sarcome myéloïde, pas de récidive, par MACNAMARA. (*Clin. Soc. of London*, 8 novembre.) — Trois cas de résection de la hanche, traitement par la méthode de l'auteur (pansement unique), guérison, par SCHEDE. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, p. 467.) — Traitement de la résection de la hanche, par KRAUSE. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) Résection du genou, par OLLIER. (*Lyon méd.*, 24 novembre.) — Quels sont les modes de terminaison des résections du genou, depuis l'introduction des pansements antiseptiques et de l'anémie locale par compression, par J. HITZEGRAD. (*Mitteilungen a. d. chirurg. klinik. zu Kiel*, Hft. IV.) — Des résultats éloignés des résections de l'astragale pour luxations traumatiques, par PONCET. (*Lyon méd.*, p. 419.)

Respiration. — Influence de l'activité musculaire sur le processus respiratoire, par SPECK. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 461.) — Sur la respiration artificielle, par J. ROSENTHAL. (*Arch. f. Anat. und Physiol. phys. Abth.*, p. 64.) — Recherches sur l'air expiré à l'état pathologique (tuberculose, pneumonie, fièvre typhoïde, érysipèle, rhumatisme), par G. LIPARI et G. CRISAFULLI. (*La Riforma medica*, 16 et 17 septembre.)

Rétine. — Rétinoscopie, l'examen des ombres, par HASBROUCK. (*Journ. of opht. otol. and lar.*, avril.) — Les mariages consanguins et la rétinite pigmentaire chez les enfants, par OAKLEY. (*Provincial med. Journ.*, juin.) — Perte successive des deux yeux à la suite d'embolie de l'artère centrale de la rétine, par DUJARDIN. (*Journ. sc. méd. Lille*, 20 décembre.) — Protrusion en avant de la rétine au niveau de l'ora serrata, sans décollement complet, par COLLINS. (*Roy. London opht. hosp. Rep.*, XII, 4.) — Traitement du décollement de la rétine, par ABADIE. (*Soc. d'ophtalm.*, décembre; et *Progrès méd.*, 28 décembre.)

Rhumatisme. — Les nouveautés sur le rhumatisme, par R. HIRSCH. (*Deuts. med. Woch.*, n° 18, p. 356.) — Des troubles nerveux chez les arthritiques, par LEPICARD. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Influence du rhumatisme sur la production des maladies de la bouche, et particulièrement du système dentaire, par ETCHEPAREBORDA. (In-8°, 40 p., *Paris.*) — Rhumatisme et épilepsie, par POTAIN. (*Union médicale*, 5 décembre.) — Le rhumatisme chronique, ses causes, ses symptômes, ses formes, par LANCEREAUX. (*Union médicale*, 3 décembre.) — Du rhumatisme chronique et de son traitement thermal, par C. LAVIEILLE. (In-8°, *Paris.*) — Rhumatisme viscéral, nature infectieuse du rhumatisme, par JACCOUD. (*Semaine méd.*, 4 décembre.) — Ostéo-arthrite comme suite immédiate de pyrexie rhumatismale, par KENT SPENDER. (*Lancet*, 9 novembre.) — Nature et traitement mécanique du rhumatisme musculaire, par NEBEL. (*Deutsche med. Woch.*, n° 32, p. 650.)

Roséole. — Roséole épidémique dans le canton de Neuchâtel. (*Revue médic. Suisse romande*, IX, 735, novembre.) — Une épidémie de rubéole, par ARNOZAN. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 22 décembre.)

Rougeole. — L'épidémie de rougeole de 1888, par Jannuzzi. (*Spallanzani*, n° 18.) — L'épidémie de rougeole à Heidelberg, en 1888, par Embden. (*Arch. f. Kinderh.*, XI, 3.) — De la rougeole chez les adultes, par Glück. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, X, n° 1.) — Note sur l'incubation de la rougeole, par H. Leroux. (*France médicale*, 1er août.) — Diagnostic différentiel de la rougeole et de la rubéole, par Lœb. (*Jahrb. f. Kinderh.*, XXX, 3.)

S

Sang. — La production des plaquettes dans le sang des vertébrés ovipares, par Mondino et Sala. (*Rendic di R. Accad. di Lincei*, IV, 7, et *Arch. ital. de biol.*, XII, 3.) — La genèse et le développement des éléments du sang chez les vertébrés, par Mondino. (*Ibid.*) — Sur le mode de production des plaquettes dans le sang des vertébrés ovipares, par R. Fusari. (*La Riforma medica*, 13 août.) — Etudes sur le sang, son rôle et sa formation dans la série animale, par Cuénot. (*Arch. de zool. expér.*, VII, n° 2.) — De la régénération et de l'hyperplasie des leucocytes dans le torrent circulatoire, par Spronck. (*Weekblad. v. h. Ned. Tidj. v. Geneeskunde*, n° 20.)— Sur une réaction du pigment hématogène, par Foa. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Variations du rapport d'absorption des matières colorantes du sang, par E. Lambling. (*Rev. biol. du Nord de la France*, p. 1.) — Les gaz du sang peptonisé, par Lahousse. (*Arch. für Anat. und Physiol. phys. Abath.*, p. 77.) — Nombre total des globules rouges et ses variations, par A. Gürber. (*Ibid.*, p. 83.) — Quantité de sang de la grenouille, par J. Gaule. (*Centralbl. für Physiol.*, p. 161.) — Réponse aux remarques de J. Gaule, par O. Langendorff. (*Ibid.*, p. 197.) — Un nouveau spectrophotomètre, par G. Huefner. (*Zeitschrift für physik. Chemie*, III, 6.) — Un venin dans le sang des murénides, par A. Mosso. (*Archiv. ital. de biol.*, t. X, fasc. II.) — Importance du pouls pour le cours du sang par G. Hamel. (*Zeitschrift f. Biologie*, p. 474, 1888.) — Recherches sur l'influence de la galvanisation du cœur de l'homme sur la pression sanguine, par Jos. Aptekmann. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 160.) — Méthode pour la détermination quantitative de l'alcalescence du sang, par Haycraft et Williamson. (*Centralb. f. Physiol.*, p. 222.) — De l'hémochromométrie appliquée à l'indication et aux résultats curatifs des médicaments, par Semmola. (*Progresso med.*, 1er novembre.) — Rapports d'absorption des différentes espèces d'hémoglobine, par Jolin. (*Arch. f. Anat. u. Phys. phys. Abth.*, p. 265.) — La chaleur dégagée par l'action de l'oxygène sur le sang, par Berthelot. (*Revue scientif.*, 30 novembre.) — Sur l'action toxique du sérum du sang de l'anguille vulgaire, par A. Springfeld. (*Diss. Greifswald.*) — Toxicité du sérum du sang de l'homme et des animaux à l'état normal et dans les maladies par infection par Rummo et Bordoni. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre, et *La Riforma med.*, 28 octobre.)— Hématimétrie normale de l'Européen aux pays chauds, par Marestang. (*Arch. de méd. navale*, décembre.) — Etude clinique et expérimentale sur la leucocytose inflammatoire, par von Limbeck. (*Zeits. f. Heilk.*, X.) — L'importance pratique des examens du sang par la numération des globules et le dosage de l'hémoglobine, par Oppenheimer. (*Deuts. med. Woch.*, n° 42, p. 859.) — De l'influence sur le sang des matières colorantes dérivées du goudron ; résultats de l'examen spectroscopique, par G. Misaruca. (*Sicilia medica*, n° 8, p. 636.)

Sarcome. — Sarcomatose cutanée, par Hallopeau. (*Arch. de Dermat.*, X,

n° 11.) — Sarcome récidivé de la région sus-claviculaire, extirpation, guérison, par BALLENGHIEN. (*Journ. des sc. médic. Lille*, n° 46.)—Amputation de cuisse avec récidive de sarcome tibial chez une femme de 32 ans, par LŒVENMEYER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1006, 18 novembre.) — Fibrosarcome récidivé de la cuisse, amputation de la hanche, par WELLS. (*New York med. Journ.*, 23 novembre.) — Ostéochondrosarcome de la cuisse et du bassin, par O. BERNHARD. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 21, p. 667, 1er novembre.)

Scarlatine. — Sur une épidémie grave de scarlatine à Aidone, par INGRIA. (*Osservatore*, n° 40.) — Note sur un cas démontrant la durée de la contagion dans la scarlatine, par WOOD. (*Therap. Gaz.*, novembre.) — Nature et origine animale de la scarlatine, par COJAN. (*Thèse Montpellier*, n° 41.) — Trois cas de propeptonurie dans la scarlatine, par JULIUS HELLER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1038, 2 décembre.) — Scarlatine et rougeole chez une accouchée, par HIRIGOYEN. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 29 décembre.) — Traitement de la scarlatine par le chloral, par WILSON. (*Med. News*, 14 décembre.) — Le traitement de la scarlatine et de ses complications, par FRUITNIGHT. (*New York med. Record*, p. 415, 12 octobre.) — Traitement de la scarlatine par le biiodure de mercure, par ILLINGWORTH. (*Brit. med. journ.*, 7 décembre.)

Sclérodermie. — Sclérodermie avec rétractions musculaires, par THIBIERGE. (*Arch. de Dermat.*, X, n° 10, p. 793.) — Le massage dans la sclérodermie, par BREDA. (*Riv. veneta di sc. med.*, septembre.)

Scrofule. — Du scrofuloderme, par LEISTIKOW. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 10.)

Sens. — Physiologie des organes des sens, par AXENFELD. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 1 et 2.)

Serpent. — Antipyrine dans un cas de morsure probable de serpent, par F. P. MAYNARD. (*Practitioner*, décembre.)

Septicémie. — Sur les variations de l'alcalinité de la bile dans la fièvre septique, par PISENTI. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.)

Sommeil. — Sur le mécanisme du réveil chez les animaux hibernants, par DUBOIS. (*Acad. des sc.*, 25 novembre.) — Traitement de l'insomnie, par LEMOINE. (*Bull. méd. du Nord*, n° 11, p. 398.) — Le traitement de l'insomnie, par JASTROWITZ. (*Deuts. med. Woch.*, n° 31.)

Strabisme. — Pathogénie du strabisme convergent et divergent, par HANSEN GRUT. (*Brit. med. Journ.*, 7 décembre.) — Sur le rétablissement de la vision binoculaire chez les strabiques, par JAVAL. (*C. R. Soc. biol.*, 26 octobre.) — Paralysie et contracture de la convergence, par PARINAUD. (*Soc. d'ophtalm.*, décembre.)

Sucre. — Etude de la saccharine, ou sucre de houille, par REY. (*Thèse de pharm. de Lyon*, n° 6.) — Etude sur la lactose, par MORARD. (*Thèse de Lyon*, n° 485.) — Formation du glycogène aux dépens des hydrates de carbone, par ERWIN VOIT. (*Zeitsch. f. Biolog.*, p. 543, 1888.) — La recherche du sucre par la phénylhydrazine, par J. GEYER. (*Wien. med. Press*, n° 43, p. 1686.) — Les sucres comme diurétiques, par Mlle MAILACH. (*Thèse de Paris*, 27 novembre.)

Sueur. — Sur un cas de chromidrose jaune cataméniale, par BARIÉ. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 12.)

Suppuration. — Le développement de la doctrine de la suppuration et ses rapports avec la pathologie cellulaire, par GRAWITZ. (*Deuts. med. Woch.*

n° 23, p. 453.) — De l'origine du pus, par Atkinson. (*Journ. of Amer. Assoc.*, p. 370, 14 septembre.) — Etude statistique sur les causes de la suppuration chez l'homme et les animaux, par Karlinski. (*Centr. f. Bakter.*, VII, 4.)

Surdi-mutité. — Contribution à l'anthropologie du surdo-mutisme, par Riccardi. (*Arch. per l'anthrop.*, XII, 2, et *Arch. di psich.*, X, 3 et 4.)

Syphilis. — La syphilis en 1830, par Fournier. (*Bull. méd.*, 17 novembre, et *Union médic.*, 19 novembre.) — Syphilis ataxique, par Diday. (*Lyon médic.*, 17 novembre.) — Etiologie et pathogénie générales de la syphilis héréditaire, par Leloir. (*Journ. des connaiss. médic.*, n° 31.) — Syphilis héréditaire à la seconde génération, par Bœck. (*Ann. de Derm.*, X, n° 10.) — L'avenir des enfants atteints de syphilis héréditaire, par Hochsinger. (*Wiener med. Wochens.*, n° 45.) — Hérédosyphilis, par Mauriac. (*Gaz. des hôpit.*, 10 décembre.) — Syphilis héréditaire tardive, par d'Heilly. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 11.) — Contribution à l'étude de la syphilis héréditaire, par Buhl. (*Inaug. diss.*, *Berlin.*) — Recherches expérimentales sur la nature intime du contage de l'ulcère vénérien et sur la pathogénie du bubon vénérien, par Ducrey. (*Giorn. d. mal. vener.*, XXIV, 4.) — Deux cas de transmission de la syphilis par des instruments malpropres, par Lancereaux. (*Bull. Acad. de méd.*, 5 novembre.) — Deux cas de chancre induré à longue incubation, par Puech. (*Montpellier med.*, 16 novembre.) — Chancre infectant à longue incubation (46 jours), par Nivet. (*Soc. de méd. prat.*, 12 décembre.) — Double chancre de la joue, par Tenneson. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 10, p. 791.) — Syphilis mutilante de la face avec bifidité du lobule nasal, par Hallopeau. (*Ibid.*, X, n° 11.) — Chancre syphilitique de la lèvre inférieure, bubon sous-maxillaire suppuré, par Fournier. (*Ibid.*, X, n° 10, p. 806.) — Chancre infectant phagédénique de la verge, par Bourges. (*Ibid.*, X, n° 10, p. 809.) — Chancre intra-urétral amenant une rétention d'urine, par Carter. (*Lancet*, 23 novembre.) — Gomme suppurée du col utérin chez une indigène, par Rey. (*Bull. médic. de l'Algérie*, 1er décembre.) — Quelle influence a la syphilis sur la production du tabes, par Leloir. (*Giorn. ital. di malat. vener.*, XXIV, 3.) — Rapports du tabes et de la paralysie progressive avec la syphilis, par Strümpell. (*Deuts. med. Woch.*, n° 41, p. 839.) — Contribution à l'étude des lésions syphilitiques des cordons postérieurs de la moelle, par Eisenlohr. (*Fetschr. z. Eröeffnung d. neuen Krank. zu Hamburg.*) — Gomme du pont de Varole, par Ormerod. (*Pathol. Soc. of London*, 3 décembre.) — Des affections vasculaires syphilitiques (lésions nullement pathognomoniques de l'artérite, par Ewald. (*Berlin. klin. Wochens.*, p. 1049, 2 décembre.) — Modifications du sang dans l'anémie des syphilitiques, par Lezius. (*Inaug. diss. Dorpat.*) — De l'anévrisme aortique syphilitique, recherches sur la syphilis du cœur, par Buchwald. (*Deut. med. Woch.*, n° 52.) — Cœur syphilitique, myocardite chronique interstitielle, gommeuse, par Stravino. (*Progresso med.*, 15 décembre.) — Rhumatisme articulaire subaigu au cours de la période secondaire de la syphilis, par Tournier. (*Ann. de Dermat.*, X, 18.) — Les vestiges pathognomoniques de la syphilis dans l'œil, par Peltesohn. (*Deuts. med. Wochens.*, n° 35, p. 715.) — 1° Syphilis secondaire papulo-squameuse à forme granuleuse : 2° amputations congénitales, syphilis secondaire acquise; 3° syphilis secondaire osseuse héréditaire, par Legroux. (*Ann. de Dermat.*, X, n° 10, p. 804.) — Quelques manifestations de la syphilis sur les voies aériennes supérieures, par de Blois. (*N. York med. Journ.*, 9 novembre.) — Gomme du creux sous-claviculaire coexistant avec des syphilis secondaires chez une

femme infectée depuis 3 mois, et n'ayant subi aucun traitement, par G. Behrend. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1092, 16 décembre.) — Sur un cas de lésion osseuse par syphilis héréditaire, par F. Sciuto. (*Rivista clinica e terapeut.*, n° 10, p. 505.) — De l'hydarthrose dans la syphilis récente, par Folinea. (*Incurabili*, 15 novembre.) — Gangrène du pied suite de syphilis, par Schuster. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 6.) — Quelques points pratiques dans le traitement de la syphilis, par Taylor. (*Med. News*, 7 décembre.)— Traitement précoce ou non de la syphilis, par von Duering. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, n° 11.) — Essai critique sur la physiologie pathologique et le traitement abortif de la syphilis primaire, par Glanchard. (*Thèse de Lyon*, n° 490.) — L'électrolyse de la sclérose initiale comme traitement abortif de la syphilis, par Peroni (*Giorn. ital. di mal. vener.*, XXIV, 3.) — Traitement local des accidents secondaires de la syphilis, par Gayraud. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 34.) — Action des injections de préparations mercurielles non en solution dans le traitement de la syphilis, et de quelques complications, par Watraszewski. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 6.)—Le traitement de la syphilis par les injections d'huile grise, par Mandry. (*Deut. med. Woch.*, n° 35, p. 713.) — Du traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations hydrargyriques, par Leloir et A. Tavernier. (*Bull. méd. du Nord*, n° 11, p. 380.) — Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de préparations mercurielles, par Leloir et Tavernier. (*Giorn. ital. di mal. vener.*, XXIV, 3.)— Les injections de calomel au congrès dermatologique de Paris, par Scarenzio. (*Ibid.*) — Sur l'action de certaines préparations mercurielles dans le traitement de la syphilis, par Lexer. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 5.) — Valeur diagnostique de la tolérance des iodures dans la syphilis, par W. White. (*Union médicale*, 31 octobre.)

T

Tabac. — Les désordres tabagiques et leur traitement, par Beugnies-Corbeau. (In-8° 16 p., *Vichy*.) — Un cas de mort chez un enfant de 13 ans, par suite de l'abus du tabac, par Broomhead. (*Med. Chronicle*, mars.)

Tænia.— 14 têtes de bothriocéphales rendues après l'ingestion de 5 grammes d'extrait de fougère, par Gœh. (*Revue méd. Suisse romande*, IX, 790, décembre.) — Recherches sur les hématozoaires du chien et sur le cycle vital du tænia cucumerina, par P. Sonsino. (*Atti della Soc. Toscana di Scienze naturali di Pisa*, 1888.)

Teigne. — Histoire d'une épidémie de pelade survenue au 15e dragons, à Libourne, par Bourguedieu. (*Thèse de Bordeaux*.) — Des onychomycoses tricophytique et favique et de la pelade unguéale, par Lespinasse. (*Thèse de Bordeaux*.) — Prophylaxie de la teigne tondante, par Leviseur. (*N. York med. Journ.*, p. 43, 13 juillet.) — Hydronaphtol comme spécifique dans le traitement de la teigne tondante, par Dockrell. (*Lancet*, 30 novembre.) — Recherches bactériologiques sur le traitement de la tricophytie, herpes tonsurans, par la chrysarobine, par von Sehlen. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, 12.) — Traitement de la tricophytie de la tête, par Unna. (*Monats. f. prakt. Dermat.*, IX, 12.) — Etiologie et traitement du sycosis vulgaire, par O. Rosenthal. (*Deutsche med. Woch.*, n° 23, p. 459.) — Combinaison de l'alopécie en aires et du vitiligo, par H. Senator. (*Charité-*

Annalen, p. 341.) — Cas de favus chez un nouveau-né, par de Smet. (*La Clinique*, n° 22.)

Température. — Deux courbes anormales de température, par Glaeser. (*Deut. med. Woch.*, n° 45.) — Comparaison entre les variations thermométriques en plein air et celle des appartements, la fenêtre étant entr'ouverte, par Onimus. (*C. R. Soc. biologie*, 5 octobre.) — Recherches physiologiques sur la calorimétrie, par Rosenthal. (*Münch. med. Woch.*, 31 décembre, p. 9, 27.) — Calorimétrie humaine, par Isaac Ott. (*N. York med. Journ.*, p. 29, 13 juillet.) — Comparaison entre les thermomètres à mercure et les thermomètres sans verre, par Immisch. (*N. York med. Journ.*, p. 309, 21 septembre.) — Influence de la température sur les solutions de sublimé, par S. Ala. (*Bull. di Soc. Lancisiana degli ospedali di Roma.*, octobre.)

Tendon. — Traitement de la rupture du tendon du quadriceps fémoral, suture, par Bull. (*N. York med. Journ.*, 20 avril.) — Suture tendineuse. Examen tardif, par Reboul. (*Bull. Soc. anat.*, 8 novembre, p. 573.)

Testicule. — Le traitement de l'hydrocèle par les injections d'acide phénique pur, par Heydenreich. (*Semaine méd.*, 20 novembre.) — La cure radicale de l'hydrocèle, par A. d'Ambrosio. (*La Riforma medica*, 31 juillet.) — Sur un cas d'orchite tuberculeuse bilatérale traitée par la castration, suites immédiates et éloignées, par Albertin. (*Province méd.*, 12 octobre.) — Etude critique du traitement de l'ectopie testiculaire inguinale, par Merlat. (*Thèse Montpellier*, novembre, n° 7.) — Des affections des vésicules séminales, par Horowitz. (*Wiener. med. Presse*, n° 33.) — Etude de la tuberculose primitive du testicule, par Wiessler. (*Inaug. diss. Munich.*) — Tératome du scrotum, par Le Dentu. (*La médecine moderne*, 22 décembre.) — Lymphadénome du testicule, par C. Walther. (*Bull. Soc. anat.*, 22 novembre, p. 602.) — Cancer du testicule droit, par Z. Spivacoff. (*Ibid.*, 6 décembre, p. 621.) — Traitement des affections du testicule et du cordon, par Kohn. (*Int. Cent. f. Phys. und Path. d. Harn*, n° 5.) — Valeur des injections sous-cutanées de liqueur testiculaire (méthode de Brown-Séquard), par W. A. Hammond. (*N. York med. Journ.*, p. 232, 31 août.)

Tétanie. — Tétanie dans la dilatation de l'estomac, par Lœb. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XLVI, p. 95.)

Tétanos. — Du bacille tétanique, par Kitasato. (*Zeit. f. Hyg.*, VII, 2.) — Nature infectieuse du tétanos, étude historique des recherches expérimentales, par Bossano. (*Gaz. des hôp.*, 26 décembre.) — Nature infectieuse du tétanos, son origine équine, par Menard. (*Rev. argentin. de sc. med.*, n° 6.) — Etude expérimentale et bactériologique sur le mode de transmission du tétanos, par Maljean et Peugniez. (*Gaz. méd. de Picardie*, septembre.) — Le bacille de Nicolaier, par Garcia Sola. (*Gaz. med. catal.*, *Barcelone*, n° 12.) — Résistance des germes tétaniques à l'action de certains antiseptiques, par Bossano et Steullet. (*C. R. Soc. biologie*, 9 novembre.) — Propriétés tétaniques du sol sous diverses latitudes, par Bossano. (*Gaz des hôp.*, 24 décembre.) — Les nouvelles études bactériologiques et expérimentales sur le tétanos, par G. Sormani. (*Bullettino della R. Accad. Medica di Roma*, 1888-1889, fasc. VIII.) — Nouvelles recherches sur les substances qui neutralisent le virus tétanique et sur la prophylaxie chirurgicale du tétanos, par G. Sormani. (*Rendiconti del R. Istituto Lombardo*, novembre.) — Sur l'immunité vis-à-vis du virus tétanique conférée expérimentalement au chien, par E. Parietti. (*La Riforma medica*, 30 août.) — Sur les substances qui neutralisent le virus tétanigène, par

SORMANI. (*Ibid.*, 29 août.) — Sur l'étiologie du tétanos, par AMON. (*Münch. med. Woch.*, 3 décembre, p. 862.) — Un cas de tétanos, par HAEGLER. (*Beit. zur klin. Chir. von Bruns*, V. 1.) — Tétanos traité par la curarine, par F. A. HOFFMANN. (*D. Arch. f. klin. Med.*, XLV, p. 107.)

Thérapeutique. — Manuel de thérapeutique clinique, par FRANZ PENZOLDT. (*Iéna.*) — Remarques sur la loi de Dujardin-Beaumetz et Bardet, par J. VILLE. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 30.) — De l'état actuel de la mécanothérapie, par BUM. (*Wiener med. Presse,* n° 44.) — Recherches russes récentes sur la thérapeutique, par THÉODORE MAXWELL. (*Practitioner*, novembre.) — Revue des progrès effectués pendant l'année 1889 (les antipyrétiques), par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 25 décembre.) — La thérapeutique suggestive et sa technique, par BAIERLACHER. (*Stuttgart*, 57 p.) — Des nouveaux médicaments dits antipyrétiques, par LÉPINE. (*Arch. de méd. exp.*, n° 6, novembre.) — Emploi et abus des nouveaux antipyrétiques, par B. FRANK HUMPHREYS. (*Practitioner*, septembre.) — Des deux phases contraires de l'action de certains médicaments, par LÉPINE. (*Semaine méd.*, 27 novembre.) — La musique et sa valeur thérapeutique, par S. J. WIMMER. (*N. York med. Journ.*, p. 258, 7 septembre.) — La mer au point de vue thérapeutique, par H. BLAISE. (In-8°, *Montpellier.*) — L'usage de l'alcool en médecine, par FARRINGTON. (*N. York med. Journ.*, p. 350, 28 septembre.) — Observations relatives à la diurèse produite par les sucres, par A. DASTRE. (*C. R. Soc. biologie*, 5 octobre.) — Sur la diurèse produite par la lactose, par GERMAIN SÉE. (*Ibid.*, 26 octobre.) — De quelques nouveaux diurétiques végétaux, par L. JUMON. (*France méd.*, 24 septembre.) — Effets très diurétiques des raisins, par PÉCHOLIER. (*Gaz. hebd. Monpellier*, n° 46.) — Cocillana, étude clinique, par WILCOX. (*N. York med. Journ.*, 28 décembre.) — Le gaïacol, par L. JUMON. (*France méd.*, 12 septembre.) — Valeur comparative de l'antipyrine, de l'antifébrine et de la phénacétine comme antipyrétiques. (*Practitioner*, octobre.) — L'exalgine ou méthylacétanilide, par L. JUMON. (*France méd.*, 8 octobre.) — La paraldéhyde comme hypnotique, avec plusieurs observations, par FINUCANE. (*Journ. of mental. sc.*, octobre.) — Du chloral et de ses dérivés, au point de vue chimique, thérapeutique et pharmaceutique, par YVON. (*Arch. de neurol.*, septembre.) — L'hydrate de chloral et ses applications dans les maladies nerveuses et mentales. Etude historique et clinique, par F. VENANZIO. (*Arch. ital. per le mal. nerv.*, janvier.) — Sur l'action de la chloralamide et de sa valeur comme somnifère, par HALASZ. (*Wiener med. Woch.*, n°s 37, 38.) — Notes sur le sulfonal, par WATSON. (*Journ. of ment. sc.*, juillet.) — Sur le sulfonal, par WALTERS. (*Lancet*, 30 novembre.) — Effets du sulfonal, par PERCY SMITH. (*Lancet*, 23 novembre.) — Idem, par SUTHERLAND. (*Ibid.*) — Le sulfonal contre l'insomnie des typhiques, par KNOX BOND. (*Ibid.*) — Sur la valeur thérapeutique de la médication térébenthinée, par BUFALINI. (*La Riforma medica*, 12 octobre.) — Le magistère de bismuth pour remplacer l'iodoforme, par CASATI. (*Raccoglit. med.*, n° 17.) — Le kamala, sa valeur tænifuge, par DEGRENAUD. (*Thèse Montpellier*, n° 44.) — La caféine et son emploi thérapeutique, par HUCHARD. (*Semaine méd.*, 23 octobre.) — De l'action du calomel administré simultanément avec certaines préparations d'iode, par M. COHN. (*Inaug. diss. Berlin*, 1888.) — Du sozoïodol, par LUEBBERT. (*Fortsch. d. Med.*, VII, n° 22.) — Des effets des lavements gazeux d'acide carbonique, par ALF. EPHRAÏM. (*Centralbl. für klin. Med.*, n° 39.)

Thorax. — Anomalie des organes thoraciques, par HUNT. (*Philad. Acad. of surgery*, 3 juin.) — Une pseudo-tumeur du médiastin, par CERNÉ. (*Normandie médic.*, 15 décembre.) — Deux observations de tumeurs du mé-

diastin, par H. Mallet. (*Bull. Soc. anat.*, 11 octobre, p. 517.) — Carcinome du médiastin chez une jeune femme de 27 ans, par P. Tissier. (*Ibid.*, 20 décembre, p. 660.) — Néoplasme primitif du médiastin antérieur, par F. Dubost. (*Ibid.*, 18 octobre, p. 527.) — Plaie par coup de couteau du thorax, lésant le péricarde, le diaphragme et l'estomac, par Ewing Mears. (*Philad. Acad. of surg.*, 4 novembre.)

Thrombose. — De l'organisation des thrombus, par Beneke. (*Berl. klin. Woch.*, 28 octobre.) — Contribution à l'étude de la thrombose hyaline, par Krœnig. (*Charité-Annalen, Jahrg.*, XIV, p. 326.) — Thromboses veineuses multiples chez un obèse, par Wolfner. (*Berl. klin. Woch.*, 23 septembre.) — Thrombose de la branche gauche de l'artère pulmonaire chez un phtisique, par Ménétrier. (*Bull. Soc. anat.*, 22 novembre, p. 588, et 20 décembre, p. 651.)

Thymus.— Etude sur le thymus (anatomie et pathologie), par L. Pasqualigo. (*La Riforma medica*, 24 juillet.)

Thyroïde. — Des modifications du corps pituitaire après l'extirpation de la glande thyroïde, par Rogowitsch. (*Ziegler und Nauwerck's Beiträge zur pathol. Anat.*, Bd. V, p. 453, et *Centralbl. f. kl. Med.*, n° 44.) — Opération sur le corps thyroïde, par Hartley. (*N. York Med. Journ.*, p. 169, 17 août.) — 8 cas de kystes et adénomes thyroïdiens, extirpation, par Symonds. (*London clin. Soc.*, 13 décembre.) — Adénome colloïde du corps thyroïde avec métastases osseuses (fémur et vertèbres lombaires, bassin), pulmonaires et bronchiques, par Litten. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1094, 16 décembre.) — Sarcome du corps thyroïde, par Solis Cohen. (*N. York med. Journ.*, p. 146, 10 août.) — Du cancer du corps thyroïde, par Orcel. (*Province méd.*, 29 juin.) — 2 cas de goitre malin opérés, guérison, par Kocher. (*Corr.-Bl. f. schw. Aerzte*, 1er juin.) — Un cas de cancer du corps thyroïde, par Scheinmann. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1053, 2 décembre.) — Du goitre exophtalmique, par Fiske-Bryson. (*N. York med. Journ.*, 14 décembre.) — Début cardiaque du goitre exophtalmique, par Moutet. (*Thèse de Paris*, 4 décembre.) — Théorie du goitre exophtalmique, d'après les travaux de G. Sée et Labadie-Lagrave, par L. Jumon. (*France méd.*, 31 août.) — Symptômes accessoires du goitre exophtalmique; théorie bulbaire de la maladie, par L. Jumon. (*France méd.*, 27 ans.)

Torticolis. — Ténotomie des deux chefs du sterno-mastoïdien pour torticolis; blessure de la veine jugulaire interne, ligature, guérison, par E. Bradford. (*Boston med. Journ.*, 29 août, p. 204.)

Trachée. — Physiologie de la trachée et des bronches, déductions pathogéniques et pathologiques, par Nicaise. (*Revue de méd.*, n° 11.) — Sténose trachéale d'origine hystérique, par Landgraf. (*Soc. de méd. int. de Berlin*, 2 décembre.) — La trachéotomie en Allemagne, par Blanc. (*La Clinique*, n° 15.) — De la trachéotomie, par Hildebrandt. (*Deutsche med. Woch.*, n° 13, p. 251.) — Considérations sur une statistique de 52 trachéotomies, par Egidi. (*Bullet. d. Soc. Lancisiana degli Ospedali di Roma*, octobre.)— Trachéotomie modifiée, par Bryson Delavan. (*C. rend. Cong. d'otol.*, *Paris*, p. 430.) — Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne, par Charazac. (*C. rend. Cong. d'otol. Paris*, p. 433.) — Contribution à la trachéotomie, par Mantovani. (*Boll. d. mal. dell' orecchio*, VII, n° 1.) — Sur la trachéotomie compliquée de calcification de la trachée, par Nicaise. (*Ann. mal. de l'or.*, novembre.) — Trachéotomie dans le croup (les indications et contre-indications), par Bednawski. (*Thèse Montpellier*, n° 52.) — Encore sur la trachéotomie dans le

croup, par TORSELLINI. (*Bol. d. mal. dell' orecchio*, novembre.) — Emphysème cutané après la trachéotomie, par BLOM VAN GEEL. (*Weekbl. nederl. voor Geneesk.*, II, n° 9.) — Entrée de l'air dans les veines au cours d'une trachéotomie, analogie des accidents avec ceux des ouvriers tubistes, par CASSAET. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 17 novembre.) — Des troubles fonctionnels de la déglutition chez les trachéotomisés, par RAULIN. (*Journ. de méd. Bordeaux*, 8 décembre.) — Sur la trachéoscopie après la trachéotomie, par PIENIAZEK. (*Wiener med. Blatter*, n° 44.) — Un respirateur trachéal, par BERNSTEIN. (*Cent. f. d. med. Wiss.*, p. 327.)

Trépanation. — Méningo-encéphalite consécutive à un coup de feu, trépanation, par CAMPENON. (*Gaz. hebd. de méd.*, 15 novembre.)

Tuberculose. — Sur la tuberculose zoogléique, par NOCARD. (*C. R. Soc. biologie*, 26 octobre.) — Sur la soi-disant tuberculose zoogléique, par ZAGARI. (2e *Cong. Soc. ital. méd. Rome*, 15 octobre.) — Note pratique sur la recherche rapide des bacilles tuberculeux, par BROUSSE. (*Gaz. hebd. de Montpellier*, n° 40.) — Influence des antiseptiques sur le bacille tuberculeux dans l'organisme animal. Propagation du bacille tuberculeux en dehors du corps, par CORNET. (*Zeitschr. für Hygiene*, Bd. V, Heft 1 et 2.) — Sur l'influence de la dilution sur l'action du virus tuberculeux, par BOLLINGER. (*Münch. med. Woch.*, 22 octobre, p. 781.) — Sur le caractère infectieux de la viande dans la tuberculose, par STEINHEIL. (*Münch. med. Woch.*, 10 octobre, p. 682.) — Le mode de pénétration du bacille tuberculeux dans l'organisme, par FLICK. (*Times and Register*, p. 589.) — Note sur les phénomènes chimiques de la respiration chez les tuberculeux, par QUINQUAUD. (*C. Rend. Soc. biologie*, 12 octobre.) — Les recherches récentes sur la tuberculose, par L. GREFFIER. (*France méd.*, 15 octobre.) — De la contagion de la phtisie pulmonaire et des moyens de s'en préserver; son traitement, par DIVET. (In-8° 22 p. *Rennes*.) — Tuberculose par traumatisme et contagion consécutive, par S. REYES. (*Sicilia medica*, n° 9, p. 746.) — A propos de la prétendue tuberculose de Cetti, par H. SENATOR. (*Centralbl. f. d. med. W.*, p. 836.) — Tuberculose et mariage, par GRANCHER. (*Bull. méd.*, 15 décembre.) — La tuberculose en Belgique, par DESTRÉE et GALLEMAERTS. (*Mém. couronné par l'Acad. de méd. de Belgique*, IX, fasc. 2.) — De la tuberculose chez les ouvriers en soie, par GIVRE. (*Thèse de Lyon*, n° 491.) — La pseudo-tuberculose bacillaire des rongeurs, par A. PFEIFFER. (*Leipsig.*) — Recherches expérimentales sur l'action des bacilles de la tuberculose des gallinacés et mammifères dans la vie embryonnaire et adulte du poulet, par MAFFUCCI. (13e *Cong. Assoc. ital. Padoue*, septembre.) — Tuberculose spontanée chez le chien, par WEYL. (*Cent. f. Bakteriol.*, VI, n° 25.) — Les relations existant entre la tuberculose humaine et bovine, par BRUSH. (*N. York med. Journ.*, p. 645, 15 juin.) — Règlement du Comité belge des épizooties sur les mesures de police sanitaire à appliquer à la phtisie tuberculeuse. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 346, avril-septembre.) — Rapports de l'adénopathie tuberculeuse de l'aisselle avec la tuberculose pleuro-pulmonaire, par OLYMPITIS. (*Thèse Montpellier*, n° 11.) — Deux cas de tuberculose buccale, par BEAN. (*N. York med. Journ.*, p. 286, 14 septembre.) — Un cas de phtisie pulmonaire sans tubercules, par LEONHARDI et NEELSEN. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 36.) — De la tachycardie dans la tuberculose pulmonaire, par JOUANNEAU. (*Thèse de Paris*, 12 décembre.) — Tuberculose pulmonaire et néphrite parenchymateuse, par JACCOUD. (*Gaz. des hôp.*, 26 novembre.) — De la tuberculose des os et des articulations, par CH. FENGER. (*Journ. of Amer. Assoc.*, 26 octobre, p. 587.) — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales devant le Congrès de chirurgie, par TERRILLON. (*Bull. gén. de thér.*,

15 décembre.) — Résection tibio-tarsienne par ablation de l'astragale, traitement de la tuberculose osseuse, à l'hospice de Giens, par Ollier. (*Lyon méd.*, 29 décembre.) — Alger et la tuberculose pulmonaire, par Gandil. (In-12, *Paris.*) — Prophylaxie de la tuberculose, par Bollinger. (*Münch. med. Woch.*, 10 septembre, p. 631.) — Doit-on créer à Berlin un établissement municipal spécial pour les phtisiques, par Spinola. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1051, 2 décembre.) — La curabilité de la phtisie, par Harris. (*Brit. med. Journ.*, 21 décembre.) — Prophylaxie de la phtisie héréditaire, par Pirkler. (*Wiener med. Woch.*, n° 32.) — Traitement de la tuberculose, par Lewis Smith. (*Med. News*, 14 décembre.) — Recherches expérimentales sur l'antisepsie interne et la guérison de la tuberculose, par Berlioz. (*Ann. de l'enseig. sup. de Grenoble*, I, n° 2.) — Des inhalations d'air chaud dans le traitement de la phtisie, par Martinez et di Vestea. (2e *Cong. Soc. ital. méd. Rome*, 15 octobre.) — Sur les inhalations d'air surchauffé dans le traitement de la phtisie et sur un moyen facile de déterminer la température pulmonaire, par A. di Vestea. (*La Riforma medica*, 2 août.) — Les inhalations dans la tuberculose pulmonaire, par Jacubasch. (*Deutsche med. Woch.*, n° 27, p. 537.) — Note sur l'emploi du menthol dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, par H. Lamy. (*C. rend. Soc. biologie*, 12 octobre.) — Sur l'emploi de la créosote à l'intérieur et les injections parenchymateuses de créosote dans la tuberculose pulmonaire, par A. Andreesen. (*Petersb. med. Woch.*, n° 25.) — De l'emploi des injections sous-cutanées de créosote et de guaiacol dans la phtisie pulmonaire, par Polyak. (*Orvosi hetilap*, n° 40, et *Wiener med. Presse*, n° 40.) — Sur l'emploi des inhalations d'acide fluorhydrique dans le traitement de la phtisie pulmonaire, par François. (*Arch. méd. belges*, novembre.) — Du traitement de la phtisie pulmonaire par la créosote, par Holm. (*Therap. Monat.*, mai.) — Thérapeutique de la tuberculose pulmonaire par les inhalations de calomel, par Martell. (*Wiener med. Woch.*, n° 44.) — Traitement de la phtisie pulmonaire par les émulsions de baume du Pérou, par Opitz. (*Münch. med. Woch.*, 19 novembre, p. 799.)

Tumeurs. — Sur l'étiologie des tumeurs malignes, par Brazzola. (*Bull. sc. med. Bologne*, février.) — La genèse des tumeurs, par Manley. (*N. York med. Journ.*, p. 61, 20 juillet.)

Typhoïde. — Propagation de la fièvre typhoïde par l'eau servant à l'alimentation, par Michel (de Chaumont). (*Ann. d'hyg. publ.*, XXII, 541, décembre.) — Rôle de l'eau dans l'étiologie de la fièvre typhoïde, par Aymès. (*Thèse Montpellier*, n° 67.) — Présence de bacilles typhiques dans l'eau potable, par Martinotti et Barbacci. (*Giornale della R. Accad. di med. di Torino*, août.) — L'eau de boisson comme moyen de transmission de la fièvre typhoïde, par L. de Blasi. (*La Riforma medica*, 14 octobre.) — Bacilles typhoïdiques dans les artères spléniques d'un fœtus de 7 mois né d'une mère atteinte de fièvre typhoïde, par Ernst. (*Belin. klin. Woch.*, p. 944, 28 octobre.) — Recherches sur le passage placentaire du bacille typhique de la mère au fœtus, par Hildebrandt. (*Fort. d. Med.*, VII, n° 23.) — Nos aliments en tant que milieux de culture pour la fièvre typhoïde et le choléra, par Hesse. (*Zeitschr. f. Hyg.*, V, p. 527.) — Les foyers d'endémie typhoïdique, par Heidenhain. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 13, 21 octobre.) — La fièvre typhoïde dans l'armée de Lyon, par Chambaud. (*Thèse de Lyon*, n° 486.) — Quelques remarques sur les épidémies de typhus exanthématique et sur la propagation de cette maladie, par F. Obtulowicz. (*Arch. f. path. Anat.*, Band XVIII, Heft 2.) — Sur une épidémie de fièvre typhoïde de maison due au contage direct par les objets de literie et d'habillement, par Berthet. (*Lyon méd.*, 15 décembre.) — L'épidémie de fièvre typhoïde à Ber-

lin en 1889, par PETTENKOFER. (*Deut. med. Woch.*, n° 48.) — Une cause possible d'infection dans la fièvre typhoïde, par BEESON. (*Kansas city med. Record*, n° 6.) — Une épidémie de fièvre typhoïde à Wynigen, par SCHAUFELBUEL. (*Corresp.-Blatt. f. schweizer Aerzte*, n° 21, p. 648, 1er novembre. — Statistique des cas de fièvre typhoïde observés pendant l'épidémie de 1888 à la clinique de Spillmann, par HAUSHALTER. (*Revue méd. de l'Est*, n° 18, p. 545.) — Etiologie de la fièvre typhoïde, par CARSTAIRS. (*Australas. med. Gaz.*, n° 8, p. 255.) — Contribution à l'étude de la fièvre typhoïde, par VAILLARD. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 décembre.) — Sur la connaissance des formes anormales de la fièvre typhoïde, par KARLINSKI. (*Münch. med. Woch.*, 19 novembre, p. 805.) — Analyse de 108 cas de fièvre typhoïde, par J. HALL. (*Boston med. Journ.*, 26 septembre, p. 304.) — De la fièvre typhoïde et de ses rechutes (129 cas), par FRED. SHATTUCK. (*Boston med. journ.*, 5 septembre, p. 224.) — Typhoïde à rechutes, par PETER. (*Gaz. des hôp.*, 19 novembre.) — Embarras gastrique fébrile et fièvre typhoïde, par COURTET. (*Thèse de Paris*, 5 décembre.) — Fièvre typhoïde et embarras gastrique fébrile, par SARDA. (*Montpellier méd.* 16 novembre.) — Fièvre typhoïde, fièvre de malaria et fièvre climatique, par SÉZARY. (*Rev. de méd.*, décembre.) — Cas mixte de typhus et de fièvre typhoïde, autopsie, par NIXON. (*Med. Press. and circular*, n° 48.) — Des caractères de la fièvre typhoïde chez les enfants, par CASTELAIN. (*Bull. méd. du Nord*, nos 12 et 14.) — Etude sur la fièvre typhoïde atténuée et sur l'atténuation de la fièvre typhoïde, par A. BOURGEOIS. (*Bull. gén. de thérapeutique*, 30 juin, 15 et 30 juillet.) — Contribution à l'étude de l'aphasie, suite de fièvre typhomalarienne, par BARRAU. (*Thèse Montpellier*, n° 10.) — Fièvre typhoïde chez un alcoolique ; mort par laryngo-typhus, par LORY. (*Bull. Soc. anat.*, 13 décembre, p. 633.) — Le rachis des typhiques, par GIBNEY. (*N. York med. Journ.*, 30 novembre.) — Etude clinique et statistique sur la perforation intestinale dans la fièvre typhoïde, trois cas de guérison, par REUNERT. (*Deut. med. Woch.*, n° 52.) — Traitement de la fièvre typhoïde, par PEABODY. (*Med. News*, 14 décembre.) — 500 cas de fièvre typhoïde, mortalité : 2 0/0, traitement par l'essence de térébenthine, par LONG. (*Tristate med. Assoc.*, *Med. News*, 16 novembre.) — De l'efficacité du tribromophénol dans le traitement de la fièvre typhoïde et dans la désinfection du contenu intestinal, par L. PURGOTTI. (*Il Morgagni*, décembre.) — Contribution au traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand, par AZAM. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids dans l'armée allemande, par LONGUET. (*Semaine méd.*, 4 décembre.) — Suite de l'historique du traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, à Paris, par GLÉNARD. (*Lyon méd.*, 24 novembre.) — Le bain froid systématique dans la fièvre typhoïde, par JOSIAS. (*Soc. méd. des hôp.*, 8 novembre.) — Traitement de la fièvre typhoïde par les lavements de solution de tanin, par BACKHAUS. (*Deutsche med. Woch.*, n° 29, p. 583.)

U

Ulcère. — Des ulcères cutanés perforants, suite de névrite, par HELBING. (*Beit. zur klin. Chir. von Bruns.*, V, 1.) — Ongle incarné, arthrite phalango-phalanginienne ; transformation en mal perforant, par CHIPAULT. (*Bull. Soc. Anat.*, 15 novembre, p. 579.) — Désarticulation sous-astragalienne, par CHIPAULT. (*Ibid.*, 15 novembre, p. 577.) — Ulcères chroniques de la jambe, par KVOG. (*N. York med. Journ.*, p. 460, 26 octobre.)

Urémie.— L'hémiplégie urémique, par Massalongo. (*Sperimentale*, décembre.)

Urètre. — Sur un cas de malformation de l'urètre de l'homme, par Cristiani. (*Rev. méd. Suisse romande,* mai.) — Examen et traitement endoscopiques des maladies de l'urètre et de la vessie, par Burckhardt. (*Beit. zur klin. Chir. von Bruns.*, V.) — Technique du cathétérisme de l'urètre, par Guyon. (*Bull. méd.*, 18 décembre.) — Un cas d'urétrite papillomateuse, par F. Briggs. (*Boston med. Journ.*, 24 octobre, p. 403.) — Traitement de l'urétrite chronique par la sonde enduite de graisse, par Szadeck. (*Arch. f. Derm. und Syph.*, Heft 2.) — Trois cas de prolapsus de l'urètre chez la femme, par Södermark. (*Hygiea*, n° 5.) — Note sur un volumineux polype de l'urètre chez la femme, par L. Dubar. (*Bulletin médical du Nord*, n° 14, p. 453.) — Sur un rétrécissement congénital de l'urètre dans l'hypospadias, par Englisch. (*Wien. med. Woch.*, n° 40.) — Traitement des rétrécissements de l'urètre par l'électrolyse, par Boisseau du Rocher. (*Gaz. méd. Paris*, 9 novembre.) — Quatre années d'expériences sur le traitement des rétrécissements de l'urètre, par l'électrolyse, 50 cas, par Bruce Clarke. (*London med. Soc.*, 2 décembre.) — Traitement des rétrécissements urétraux par les bougies à demeure, par Gueterbock. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 902, 14 octobre.) — La question de la cure radicale des rétrécissements profonds de l'urètre, par Keyes. (*N. York med. Record*, 25 mai.) — Résumé de seize ans de pratique dans l'opération de l'urétrotomie avec dilatation, par Otis. (*Arch. f. klin. Chir.*, XXXIX, 3.) — 1° Urétrotomie externe avec cathétérisme rétrograde pour fistules anciennes de l'urètre; 2° Note sur un nouveau mode d'évacuation de l'urine, dans les cystotomies sus-pubiennes, au moyen d'un tube criblé, par Defontaine. (*Bull. Soc. de Chir.*, XIV, p. 854.) — Excision de la partie calleuse dans les rétrécissements traumatiques de l'urètre et urétrorraphie consécutive, par Wahl. (*St-Petersb. med. Woch.*, 7 décembre.) — De la valeur thérapeutique de l'urétrotomie, par Streeter. (*Internat. Journ. of surgery*, octobre, p. 230.) — Rupture traumatique complète de l'urètre, urétrotomie externe, guérison, par Coulhon. (*Gaz. des hôp.*, 19 novembre.) — Fracture du pubis avec rupture de l'urètre, taille sus-pubienne, cathétérisme rétrograde, guérison, par Raffa. (*Sperimentale*, octobre.) — Uréthrotomie aseptique, dilatateur-enregistreur, par Gerster. (*N. York med. Journ.*, p. 683, 22 juin.) — L'urétrographe, par Stewart. (*Ibid.*, p. 314, 21 septembre.) — L'injecteur urétral de Tommasoli modifié par Ramazzotti. (*Giorn. ital. d. mal. vener.*, XXIV, 3.)

Urinaires (Voies). — Quelques opérations exécutées sur les organes urinaires chez l'homme, par F. Parona. (*Arch. di Ortoped.*, n°s 1 et 2.) — De l'antisepsie des voies urinaires, par Dreyfous. (*Soc. méd. des hôp.*, 22 novembre.) — Fistules urinaires, procédé pour reconnaître le siège des fistules, par Le Fort. (*Gaz. des hôp.*, 10 décembre.) — Calculs urinaires par alimentation de chiens avec l'oxamide, par Ebstein et Nicolaier. (*Berlin. klin. Woch.*, n° 19, p. 433, 13 mai.)

Urine. — De l'incontinence de l'urine chez les jeunes filles, par H. Marion Sims. (*Americ. Journ. of obst.*, septembre.) — Urine filante, par Albertoni, (*Arch. ital. de biol.*, XII, 3.) — Sur un procédé de dosage de l'acide urique, par Arthaud et Butte. (*C. R. Soc. Biologie*, 9 novembre.) — De quelques corps réducteurs des liqueurs cupro-potassiques dans les urines des oxycrasiques, notamment de l'aldéhyde et de la lactose, par Gaube. (*Ibid.*, 1er juin.) — Erreurs auxquelles expose le dosage direct de la potasse dans l'urine sous forme de bitartrate de potasse, par A. Robin. (*Ibid.*, 18 mai.) — Recherches sur la mélanurie, par Poilak. (*Wien. med. Woch.*, n° 39.)

— Sur une forme exceptionnelle de cylindres urinaires dans une urine non albumineuse, par V. Hösslin. (*Münch. med. Woch.*, 5 novembre, p. 77.) — Considérations sur la valeur diagnostique et pronostique de l'urobilinurie, par Hayem. (*Soc. méd. des hôp.*, 13 décembre.) — Un cas d'indigurie, par Kahler. (*Prager med. Woch.*, n° 50, 1888.) — Formation et démonstration de l'indirubine dans l'urine, par Rosin. (*Centralbl. f. klin. Med.*, n° 29.) — Dosage du phosphore total de l'urine, par Chappelle. (*Lyon méd.*, 1er décembre.) — De l'élimination du phénol par l'urine, par Reale. (2e *Cong. Soc. ital. de méd. Rome*, 15 octobre.)

Urticaire. — Un cas d'urticaria pigmentosa, par Henry Stelwagon. (*Americ. J. of the med. sc.*, décembre, p. 594.)

Utérus. — Recherches sur les vaisseaux utéro-placentaires, par Bumm. (*Arch. für Gyn.*, XXXVII, 1.) — Résultats fournis par l'observation des contractions de l'utérus et du vagin provoquées chez le lapin par l'action directe d'un courant électrique, par Kaschkaroff. (*Centr. für Gyn.*, 16 novembre.) — Action de l'eau chaude sur l'utérus, pendant la puerpéralité, par A. Pinard. (*La Médecine moderne*, 22 décembre.) — De l'exfoliation menstruelle de la muqueuse utérine (dysménorrhée membraneuse), par Lœhlein. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre.) — Du traitement manuel des maladies des femmes selon la méthode de Thure Brandt, par Goldspiegel. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — L'abus du traitement utérin par suite d'erreurs de diagnostic, par Goodell. (*Med. News*, 7 décembre.) — De la médication hydrominérale et de l'intervention chirurgicale dans le traitement des névralgies utéro-ovariennes graves, par de Ranse. (*Gaz. Méd. Paris*, 23 novembre.) — La stérilité chez la femme, par Mac Kee. (*Americ. Journ. of obst.*, octobre.) — Quatre-vingts cas de dilatation rapide de l'utérus comme traitement de la dysménorrhée et de la stérilité, par F. Townsend. (*Americ. Journ. of obst.*, décembre.) — Périmétrite simulant un sarcome de l'ovaire : guérison et disparition de la tumeur, par A. Doran. (*Transact. of the obst. soc.*, XXXI, 3.) — Métrite hémorragique; rétention du placenta remontant à six mois, par de Lostalot. (*Bull. Soc. Anat.*, 20 décembre, p. 647.) — Métrite gangreneuse et villeuse; rétrécissement du vagin, par Isch-Wall. (*Bull. Soc. Anat.*, 22 novembre, p. 594.) — Cautérisation instantanée avec le chlorure de zinc, par Guilini. (*Münch. med. Woch.*, 3 septembre, p. 624.) — Du traitement de l'endométrite par le bâton de chlorure de zinc, par Lauth. (*Thèse de Paris*, 27 décembre.) — Traitement de l'endométrite, par Szabo. (*Budapest Niv. Orvosegyes*, 22 février.) — Du tamponnement de l'utérus avec la gaze iodoformée dans les hémorragies par atonie puerpérale, par M. Graefe. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 846, 14 octobre.) — Du traitement de l'endométrite chronique, par Gill Wylie. (*Intern. Journ. of surg.*, octobre, p. 236.) — Des déchirures du col de l'utérus et de la trachélorraphie, par Cardeilhac. (*Thèse Montpellier*, novembre, n° 1.) — Importance obstétricale des incisions du col et des incisions vagino-périnéales, par Dührssen. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 964, 4 novembre.) — De l'infection intra-utérine par la pneumonie croupale, par Levy. (*Arch. f. exper. Pathol.*, XXXVI, 3 et 4.) Deux cas de salpingite tuberculeuse, par Chandelux. (*Province méd.*, 2 novembre.) — Le diagnostic de la pyo-salpingite, par Hall. (*New York med. record*, p. 439, 19 octobre.) — Des salpingites et de leur traitement, par Trélat. (*Gaz. des hôp.*, 5 décembre.) — Salpingite suppurée, pelvipéritonite aiguë, abcès secondaires du foie et des poumons, méningite suppurée de la base, par Leichtenstern. (*Deutsche med. Woch.*, n° 26, p. 524.) — Cinquante ovarosalpingites traitées par la laparotomie, résultats immédiats et consécutifs, par Terrillon. (*Rev. de chir.*, décembre.) — Rétroflexion accidentelle et instantanée de l'utérus, guérison immédiate par le

redressement, par TILLAUX. (*Ann. de Gynéc.*, décembre.) — Ligature vaginale contre la rétroflexion utérine, par SCHÜCKING et THIEM. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre.) — Renversement de l'utérus. Réduction. Guérison sans accidents, par OUTIN. (*France méd.*, 15 août.) — Prolapsus utérin primitif complet chez une femme de 14 ans, par HORLACHER. (*Münch. med. Woch.*, 10 décembre, p. 883.) — Du prolapsus utérin, par DUMORET. (*Gaz. des hôp.*, 30 novembre.) — Méthode de traitement du prolapsus utérin, par FEHLING. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 novembre.) — Sur le traitement opératoire radical du prolapsus total du vagin et de l'utérus, par F. CANDIA. (*Il Morgagni*, octobre.) — La ventrofixation de l'utérus, par SPATH. (*Deutsche med. Woch.*, n° 37, p. 760.) — Ventrofixation de l'utérus sans ouverture du péritoine, par KALTENBACH. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 945, 28 octobre.) — De la ventrofixation de l'utérus, par MUELLER. (*Berlin. klin. Woch.*, 18 novembre.) — Sur la cure opératoire radicale du prolapsus total du vagin et de l'utérus (amputation du col, colporrhaphie antérieure et postérieure, périnéoplastie suivant le procédé de Martin et suture plate au catgut d'après le procédé de Schrœder), par F. CANDIA. (*Il Morgagni*, octobre.) — Mode d'emploi et avantages des pessaires à anneau en celluloïde, par SCHULTZE. (*Ann. de Gynéc.*, décembre.) — Du tamponnement utérin dans les hémorragies post-puerpérales par atonie de l'utérus, par DÜHRSSEN. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 957, 4 novembre.) — Réplique, par M. GRAEFE. (*Ibid.*, p. 1089, 16 décembre.) — Rétrodéviation de l'utérus et grossesse, par A. MARTIN. (*Deutsche med. Woch.*, n° 39, p. 797.) — Un cas de rétroversion partielle de l'utérus gravide au septième mois, par SPERBER. (*Centr. für Gyn.*, 7 septembre.) — Atrésie cicatricielle du col de l'utérus, cause de rupture de l'utérus pendant l'accouchement, par LUSK. (*Boston med. Journ.*, 29 août, p. 208.) — Sur le traitement de la rupture de l'utérus avec issue complète du fœtus, par SCHAEFFER. (*Münch. med. Woch.*, 22 octobre, p. 735.) — Des ruptures de la matrice consécutives à des manœuvres abortives, par LACASSAGNE. (*Arch. d'anthrop. crimin.*, 15 novembre.) — Myome utérin ; myomes métastatiques multiples dans les poumons (avec métamorphose hyaline et néoformation endothéliale) et les reins, par KLEBS. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 944, 28 octobre.) — Le traitement électrique substitué à la laparotomie dans les troubles des annexes de l'utérus, par GOELET. (*New York med. Journ.*, p. 617, 8 juin.) — Traitement des fibromes utérins par CHOLMOGOROFF. (*Zeit. f. Geburts.*, XVII, 2.) — Note complémentaire sur mon traitement électrique des fibromes utérins, par APOSTOLI. (*Arch. de tocol.*, novembre.) — Ablation par morcellement des fibromes proéminents intra-utérins, par TERRILLON. (*Semaine méd.*, 25 décembre.) — L'ergotinine dans le traitement des métrorragies post partum et des fibro-myomes utérins, par A. BARONE. (*Rivista clinica e terap.*, n° 10, p. 519.) — Coexistence d'un fibrome du corps de l'utérus avec un épithélioma du col, par SAMSCHIN. (*Arch für Gyn.*, XXXVI, 3.) — Cancer de l'utérus en prolapsus, par ULLMANN. (*Wiener med. Presse*, n° 50.) — De l'état de la muqueuse du corps de l'utérus dans le cancer du col, par ABEL et LANDAU. (*Arch. für Gyn.*, XXXV, 2.) — De la résection du coccyx dans les cas d'extirpation totale de l'utérus, par BERNHARD V. BECK. (*Zeitschr. für Geb. und Gyn.*, XVIII, 1.) — De la périnéotomie préliminaire à l'extirpation de l'utérus, par HARTMANN. (*Ann. de Gynéc.*, novembre.) — Hystérectomie, par R. DOUGLAS. (*N. York med. Journ.*, p. 37, 13 juillet.) — Sur le traitement palliatif du cancer de l'utérus inopérable et sur le traitement de l'endométrite chronique par le chlorure de zinc, par CURATULO. (*Il Morgagni*, novembre.) — Hystérectomie vaginale pour cancer, par W. J. SINCLAIR. (*Practitioner*, décembre.) — Ablation totale de l'utérus par le vagin pour un sarcome à cellules rondes. Guérison apyrétique, par WYDER. (*Corresp. Blatt. f. schw. Aerzte*, 15 décembre.)

V

Vaccin. — Compte rendu de mon institut de vaccin animal, par Pissin. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 881, 7 octobre.) — Vaccination en Bavière en 1888, par Stumpf. (*Münch. med. Woch.*, 5 novembre, p. 775.) — Rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans la circonscription de Tuchan en 1889, par Courrent. (*Gaz. hebd. Montpellier*, n° 50.) — Sur la vaccination animale et la conservation du vaccin de génisse, par Bertelé. (*Arch. de méd. milit.*, décembre.) — L'épidémie de vaccine chancriforme de la Motte-au-Bois, par Leloir. (*Bull. méd.*, 20 novembre.) — De la fièvre vaccinale, par Peiper. (*Zeit. f. klin. Med.*, XVII, 1 et 2.) — Sur la question de l'immunité, par Leo. (*Zeit. f. Hygiene*, VII, 3.) — Influence du système nerveux sur l'infection, par Ch. Féré. (*C. R. Soc. Biologie*, 27 juillet.)

Vagin. — Recherches cliniques et histologiques sur la muqueuse vaginale malade, par Neumann. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 5.) — Vagin double avec hymen double et utérus inférieur cloisonné, par Condorelli Francaviglia. (*Giorn. d. mal. vener.*, XXIV, 4.) — Cloison transversale du vagin ; opération, par Prance. (*Lancet*, 21 décembre.)

Vaisseau. — L'action du froid et du chaud sur les vaisseaux sanguins, par Mosso. (*Arch. ital. de biol.*, XII, 3.)

Varice. — Des varices de la vulve et des hémorragies consécutives à leur rupture, par Moussaud. (*Thèse de Paris*, 19 décembre.) — Cure radicale des varices de la jambe par la ligature multiple, par Phelps. (*N. York med. Journ.*, 28 décembre.) — Cure radicale des varices du membre inférieur, par Wyeth. (*The Internat. Journ. of surgery*, p. 281.) — De l'opération du varicocèle, par Crouzat. (*Thèse de Paris*, 5 décembre.)

Varicelle. — Varicelle gangreneuse, par Staniforth. (*Sheffield med. chir. soc.*, 19 décembre.) — La varicelle dans ses rapports avec la variole, par Castan. (*Montpellier méd.*, octobre.)

Variole. — Rapport sur l'épidémie de variole d'Ostende, par de Clercq. (*Le Mouvement hygiénique*, V, 342, août-septembre.) — La variole et la vaccination obligatoire, par Titeca. (*Bull. Soc. de méd. de Gand*, n° 56.) — Une épidémie de variole à Pantin ; influence efficace des revaccinations, par E. Lancereaux. (*Revue d'hyg.*, XI, 964, novembre.) — Relation de deux épidémies de variole à la prison de Bordeaux, par Gellie. (*Gaz. des hôpit.*, 14 novembre.) — Statistique des cas de variole observées à la clinique de Spillmann durant l'épidémie de 1889, par Haushalter et Adam. (*Rev. méd. de l'Est*, n° 19, p. 587.) — Prophylaxie de la variole, par H. Blaise. (In-8°, *Montpellier*.) — Un cas de trachéotomie au cours d'une variole, par Dor et Levrat. (*Ann. mal. de l'or.*, décembre.)

Veine. — Note sur différentes formes de pouls veineux périphérique, par François-Franck. (*C. R. Soc. biologie*, 26 octobre.) — Analyse d'un cas de pulsation de la veine saphène sans insuffisance tricuspidienne, par François-Franck. (*Ibid.*, 9 novembre.) — Du pouls veineux ascendant, par Benno Holz. (*Berlin. klin. Woch.*, 16 décembre.) — Dilatation anévrismale sacciforme des veines, par Golding Bird. (*London path. Soc.*, 3 décembre.) — Abcès du cou, ulcération de la veine jugulaire interne, pyémie, mort, par Gilles. (*L'Echo méd.*, 25 mai.)

Vessie. — Emploi de la créoline dans la cystite chez la femme, par PARVIN. (*Med. News*, 30 novembre.) — Pathogénie des calculs vésicaux, par STERN. (*Inaug. Diss. Munich.*) — Valeur de la cystoscopie de Nitze, par GOLDSCHMIDT et ZUELZER. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 906, 14 octobre.)—De l'endoscopie urétrale et vésicale, par EMILE BURCKHARDT. (*Corresp.-Blatt f. schw. Aerzte*, p. 755, 15 décembre.) — Extirpation d'une lame de couteau de la vessie, par LAVISTA. (*Med. practica*, 23 octobre.) — Concrétion urinaire de la vessie retirée par la litholapaxie, par CHISMORE. (*N. York med. Journ.*, p. 658, 15 juin.) — L'évacuateur parfait (calculs vésicaux), par OTIS. (*Ibid.*, p. 197, 24 août.) — Système d'irrigation continue et de drainage applicable à la suite de la kolpo-urétero-cystotomie, ou d'autres opérations analogues, par BOZEMANN. (*Ibid.*, p. 592, 1er juin.) — De la lithotripsie dans les calculs encapsulés de la vessie et de ses résultats, par RŒRIG.(*Therap. Monasth.*, avril.) — De la taille hypogastrique chez l'enfant, par GORDON. (*Thèse de Paris*, 18 décembre.) — Cas de taille hypogastrique, par BANGS. (*N. York med. Journ.*, p. 678, 22 juin.) — Drainage capillaire de la vessie, par G. R. FOWLER. (*Ibid.*, p. 257, 7 sept.) — Drainage de la vessie après la taille sus-pubienne, par BURCKHARDT. (*Cent. f. Chir.*, n° 42.) — Qelques points de la pathologie des tumeurs de la vessie, par SOUTHAM et RAILTON. (*Med. chronicle*, mai.) — Résection partielle de la symphyse pour un cancer de la vessie, par HELFERICH. (*Cent. f. Chir.*, n° 29.)

Vieillard. — Pathogénie, complications et traitement des maladies des vieillards, par A. SEIDEL-BERLIN. (*Neuwied.*) — Légitimité de l'intervention chirurgicale chez les vieillards, par CROS. (*Thèse Montpellier*, n° 65.) — Contribution à l'étude du mouvement de l'assimilation chez le vieillard, par NÈGRE. (*Thèse Montpellier*, novembre, n° 2.)

Virus. — Sur la variabilité de l'action des matières virulentes, par COLIN. (*Acad. des Sc.*, 2 décembre.)

Vision. — Importance de la netteté des images rétiniennes pour la conservation de la vision binoculaire, par KALT. (*C. R. Soc. biologie*, 12 octobre.) — Valeur de A dans le champ visuel, par SECONDI. (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, août.)

Vomissement. — Action de la teinture d'iode contre le vomissement, par ROQUES. (*Union médicale*, 10 décembre.) — Idem, par CARTIER. (*Ibid.*, 10 décembre.)

Xanthelasma. — Xanthélasma disséminé et symétrique sans insuffisance hépatique, par CHAUFFARD. (*Soc. méd. des hôpit.*, 11 octobre.)

Zona. — Zona fémoral à la suite d'une injection intra-musculaire de salicylate de mercure, par TOUTON. (*Arch. f. Dermat.*, XXI, 6.) — Du zona épidémique et de l'étiologie de cette affection, par GAUTHIER. (*Lyon méd.*, 1er décembre.) — Sur un cas de zona ophtalmique dans la pneumonie, avec quelques remarques sur la nature de l'herpes zoster, par E. SCHAFFER. (*Münch. med. Woch.*, n° 36, 3 septembre.) — Zona abortif consécutif à une injection intra-musculaire de salicylate de mercure, par TOUTON. (*Berlin. klin. Woch.*, p. 1054, 2 décembre.)

WELLCO
LIBRARY
INSTITUTE